

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 10 MAART 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 10 MARS 2026

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 25 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.25 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

La **présidente**: la question n° 56012277C de M. De Smet est reportée, sa présence étant requise dans une autre commission.

01 **Vraag van Kjell Vander Elst aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Oorlogsgeneeskunde" (56013234C)**

01 **Question de Kjell Vander Elst à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La médecine de guerre" (56013234C)**

01.01 **Kjell Vander Elst** (Anders.): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

Ons land wil toekomstige artsen beter voorbereiden op medische crisissituaties die vandaag amper of niet aan bod komen in de opleiding geneeskunde. U kondigde aan dat een basisopleiding oorlogsgeneeskunde voortaan een verplicht onderdeel zal worden van de opleiding geneeskunde. Die beslissing komt er na overleg met de FOD Volksgezondheid en in samenwerking met universiteiten en Defensie.

Hierbij de volgende vragen:

- 1. Hoe zal de FOD Volksgezondheid deze nieuwe verplichting integreren binnen het bestaande medische opleidingskader? Wie bewaakt de kwaliteit en uniformiteit tussen universiteiten?*
- 2. Wat is het plan voor artsen, verpleegkundigen en ambulanciers die vandaag al actief zijn? Komen er verplichte of vrijwillige bijscholingen oorlogsgeneeskunde voor bestaande zorgverleners?*
- 3. Wordt er gedacht aan een nationaal opleidingsprogramma voor oorlogstrauma's en massacasualtyzorg, los van de universitaire basisopleiding?*
- 4. Hoe wordt vermeden dat deze kennis beperkt blijft tot studenten, terwijl de huidige medische workforce volgens experts duidelijk onvoldoende ervaring heeft?*
- 5. Zijn ziekenhuizen vandaag volgens u voldoende voorbereid op de opvang van oorlogsslachtoffers of grootschalige aanslagen? Zo niet: welke bijkomende investeringen of opleidingen zijn gepland?*
- 6. Zal deze opleiding ook deel uitmaken van de erkennings- of accreditatievoorwaarden voor bepaalde medische specialisaties (zoals chirurgie, anesthesie, spoedgevallen)?*
- 7. Wordt overwogen om oorlogsgeneeskunde op te nemen in de verplichte permanente vorming voor bepaalde medische specialisaties?*
- 8. Hoe past deze maatregel binnen een ruimer nationaal crisis- en defensieplan voor de gezondheidszorg?*
- 9. Zijn er plannen voor regelmatige grootschalige simulatie-oefeningen waarbij ziekenhuizen, ambulancediensten en Defensie samen trainen?*
- 10. Wat is de budgettaire impact van deze beslissing?*

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Vander Elst, samen met Defensie en de rectoren van de universiteiten heeft de FOD Volksgezondheid afgelopen academiejaar het bestaande curriculum van de artsen onder de loep genomen. Zij hebben binnen de opleidingstrajecten van de arts-specialisten de reeds bestaande opleidingselementen geïdentificeerd die nuttig kunnen zijn voor wat u noemt oorlogstrauma's en massacasualtyzorg. Die elementen worden nu aangeboden of opgefrist binnen één pakket, gestructureerd rondom de aanpak van grootschalige incidenten.

De arts-specialisten zijn de eerste doelgroep, maar ook bij de andere gezondheidszorgberoepen zal die benadering dienen te gebeuren. Die aanpak kadert binnen het bredere verhaal van de Belgische weerbaarheidsplannen. Binnen die plannen worden oefeningen als een essentieel onderdeel gezien.

Ter illustratie kan ik meedelen dat er deze week, van 9 tot 12 maart, een brede NAVO-oefening loopt en dat naast Defensie, de FOD Volksgezondheid en het Nationaal Crisiscentrum ook al enkele van onze ziekenhuizen bij die oefening betrokken werden.

01.03 **Kjell Vander Elst** (Anders.): Dank u, mijnheer de minister, voor uw bondige maar duidelijke antwoord. Het is goed dat er al oefeningen gebeuren op dit moment. Die samenwerking tussen Volksgezondheid en Defensie lijkt mij cruciaal.

Het past inderdaad in een algemeen weerbaarheidsplan. Dat is een goede zaak, want defensie en veiligheid blijven niet beperkt tot de commissie voor Landsverdediging of tot de Belgische Defensie. Het is veel ruimer. Het is dus goed dat u daar ook bij betrokken bent en dat die oefeningen lopen.

Ik kijk uit naar het vervolg en de implementatie van die maatregelen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 **Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'euthanasie pratiquée en milieu hospitalier sans déclaration anticipée" (56013273C)**

02 **Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Euthanasie in het ziekenhuis zonder wilsverklaring" (56013273C)**

02.01 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, dans ce pays, nous avons une grande tradition de débats éthiques, et il faut en être fiers. Nous pouvons les aborder sereinement, notamment dans ce Parlement. Nous avons toujours été pionniers en matière de respect de l'autonomie du patient et de reconnaissance des droits des personnes en fin de vie. Je tiens encore à saluer la manière dont nous abordons ces textes. Il faut continuer ainsi. La dignité humaine, la sécurité juridique et l'accompagnement médical ont toujours été au centre de nos préoccupations lorsque nous, législateurs, avons choisi d'avancer dans un sens ou dans un autre.

Aujourd'hui, l'euthanasie est une possibilité dans ce pays, notamment grâce à la déclaration anticipée d'euthanasie (DAE). Celle-ci a désormais une durée de validité illimitée et peut être établie par toute personne majeure ou mineure émancipée auprès de l'administration afin d'exprimer son souhait – moyennant la validation par deux témoins – de faire respecter les mesures qu'elle a choisies pour elle-même, conformément à ses convictions, en fin de vie.

Ce dispositif constitue un outil essentiel pour garantir la volonté du patient lorsqu'il n'est plus en mesure de l'exprimer. Force est toutefois de constater que de nombreux citoyens n'ont pas établi de déclaration anticipée. Certains manquent d'information, d'autres éprouvent une réticence à anticiper la fin de vie, qui reste un sujet complexe à aborder. D'autres encore oublient, s'ils ont effectué cette démarche, que ce document n'est plus valable.

Dans ce contexte, je voudrais faire le point sur la pratique concrète de l'euthanasie en milieu hospitalier, en particulier lorsqu'aucune déclaration anticipée d'euthanasie n'a été enregistrée.

Comment la volonté du patient est-elle prise en compte en fin de vie lorsqu'aucune DAE n'a été formalisée et que la personne n'est plus en état d'exprimer son consentement de manière éclairée?

Quel est le rôle respectif des équipes médicales, des proches et des éventuelles personnes de confiance dans ces situations?

Existe-t-il des disparités de pratiques entre les établissements hospitaliers ou entre les régions en l'absence d'une DAE et, le cas échéant, comment celles-ci sont-elles encadrées et évaluées? Je mesure le caractère spécifique de certaines de mes questions.

Quelles actions le gouvernement envisage-t-il pour améliorer l'information du public et des patients quant à l'existence et à l'utilité de la DAE?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Cornillie, lorsqu'aucune déclaration anticipée n'a été rédigée et que la personne ne peut plus exprimer clairement sa volonté, l'euthanasie ne peut pas être envisagée dans le cadre de la législation actuelle. Dans ces situations, les soignants se basent sur ce qu'ils connaissent des valeurs du patient, par exemple ses souhaits en matière de sédation palliative ou de limitation thérapeutique, afin d'organiser au mieux la fin de vie. Cela ne peut toutefois jamais remplacer une demande personnelle ni servir de base à une euthanasie.

Le rôle des équipes médicales est d'accompagner le patient dans ses décisions de fin de vie, d'expliquer ce qui est possible, d'adapter les soins et d'assurer un confort optimal, notamment grâce aux soins palliatifs. Les proches ou la personne de confiance peuvent aider à comprendre ce que le patient souhaitait, ses valeurs ou préférences, mais ils ne peuvent pas demander l'euthanasie en son nom.

Concernant d'éventuelles différences entre hôpitaux ou régions, nous ne disposons pas d'éléments montrant des pratiques variables. Dans tous les cas, dès que les conditions ne sont pas réunies, l'euthanasie n'est pas réalisée.

Pour mieux informer le public, des outils sont en cours de mise à jour. Les pages d'information en ligne ont été revues et une nouvelle brochure est en préparation. L'objectif est de rendre la procédure pour obtenir l'euthanasie, que ce soit via une demande actuelle ou une déclaration anticipée, plus accessible et mieux connue du public.

Bien que ce ne soit pas l'objet de votre question, vous savez sans doute que l'on veut aussi changer la législation. J'ai évidemment répondu dans le cadre de la législation actuelle, mais en affirmant la volonté du gouvernement d'améliorer cette même législation.

02.03 Hervé Cornillie (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir fait le point sur ce dossier.

Évidemment, on ne peut utiliser sa liberté que lorsqu'on est pleinement informé. Je salue donc les efforts entrepris actuellement et qui verront le jour prochainement en termes d'information du citoyen sur les possibilités qui existent.

Par ailleurs, votre réponse par rapport à ce qui est fait lorsque la déclaration n'existe pas est parfaitement légitime, légale et naturelle.

Je comprends le rôle des équipes et je salue le fait qu'à la fois le gouvernement mais également certains de mes collègues se soient saisis de ce dossier pour faire avancer la législation pour toujours plus de droits pour le patient, dans le respect de chacun. Personnellement, je soutiendrai ces démarches.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Farmaline et la possibilité de se procurer des médicaments en ligne sans ordonnance" (56013274C)

03 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Farmaline en de mogelijkheid om online geneesmiddelen te kopen zonder voorschrift" (56013274C)

03.01 Hervé Cornillie (MR): Monsieur le ministre, nous parlons là d'un autre sujet, mais un sujet éthique suivra encore.

Vous le savez, le commerce en ligne touche tous les aspects et tous les secteurs de notre vie et de notre consommation.

Étant en contact avec des pharmaciens, j'ai pu constater qu'ils sont interpellés par la vente de médicaments en ligne via des sites internet étrangers. Il y a des sites belges bien connus qui sont établis et qui sont bien souvent des filiales de groupes de distribution qui sont tout aussi respectables que leur activité. Néanmoins, il y a des sites opérant depuis l'étranger – traditionnellement beaucoup de business en ligne se font dans d'autres pays, pour d'autres raisons, mais cela n'est pas l'objet de cette question – qui sont accessibles au consommateur belge. C'est le propre du commerce en ligne, à l'échelle européenne et mondiale.

Je vais citer un cas parmi d'autres: Farmaline semble poser un problème. Dans ce cas, c'est un groupe néerlandais qui présente un large assortiment de produits de santé et de médicaments en vente en ligne.

La législation belge est claire, nous pouvons d'ailleurs en tant que consommateur commettre des infractions en la matière: la vente en ligne de médicaments est strictement réglementée et seules les pharmacies autorisées en Belgique et enregistrées auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) peuvent vendre des médicaments sur internet, sous conditions strictes. En Belgique, la vente de médicaments soumis à ordonnance sur internet est strictement interdite, même si le consommateur s'adresse à un site d'une autre juridiction européenne.

La situation soulève plusieurs questions: la sécurité sanitaire des patients, le respect de la législation européenne et belge en matière de contrôle des médicaments et la responsabilisation de la chaîne des soins à tous les niveaux. Certains patients considèrent que ces pratiques permettent de contourner des contraintes – prix, accès, délai pour obtenir une ordonnance –, ce qui pose de réelles questions d'ordre public et de santé.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'une évaluation précise de l'ampleur du phénomène d'achats via les plateformes étrangères, dont Farmaline n'est qu'un exemple hollandais?

Quelles actions l'AFMPS et les autorités compétentes mènent-elles actuellement pour s'assurer que les acteurs proposant des médicaments en ligne respectent les cadres réglementaires belges et européens sous l'angle de la protection du consommateur?

Le gouvernement belge envisage-t-il des mesures spécifiques d'information et de prévention à destination des patients et des pharmaciens pour éviter que de tels médicaments soumis à ordonnance ne soient commandés ou utilisés sans supervision médicale adéquate?

Quelles solutions juridiques ou administratives pourraient-elles être proposées pour garantir que la délivrance de médicaments soumis à ordonnance via internet respecte pleinement les règles belges en la matière?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Cornillie, je ne dispose pas du chiffre d'affaires de Farmaline en Belgique. Cette plateforme est exploitée par une pharmacie néerlandaise soumise à la législation des Pays-Bas pour la vente à distance. Le site affiche le logo européen requis et ne propose aux patients belges que des médicaments autorisés en Belgique. La vente à distance de médicaments soumis à prescription y est interdite et ne peut être pratiquée par une pharmacie étrangère. L'AFMPS a déjà signalé ses préoccupations aux autorités néerlandaises, sans qu'elles y aient donné suite. L'ampleur de la vente illégale de médicaments en ligne reste inconnue.

Par ailleurs, l'AFMPS ne peut intervenir qu'à l'égard d'acteurs belges relevant de sa compétence, dans le cadre de l'analyse de risques. Les pharmacies belges actives dans la vente de médicaments via un site internet présentent un profil de risques plus élevé et sont inspectées plus fréquemment. Des actions thématiques visant spécifiquement ces officines ont, en outre, été menées ces dernières années.

Ensuite, plusieurs initiatives de coopération existent déjà à l'échelle européenne, notamment via la

plateforme WGEO (Working Group of Enforcement Officers) des Heads of Medicines Agencies et, en cas de fraude transfrontalière, via Europol.

L'AFMPS mène depuis plusieurs années des campagnes de sensibilisation à l'usage responsable des médicaments, y compris en cas d'achat en ligne, au moyen du site campagnesafmps.be et pharmainfo.be. Les importations illégales de médicaments par les particuliers donnent lieu à une saisie et, pour les petites quantités à usage personnel, à un avertissement accompagné d'informations préventives. Un protocole de coopération avec le Centre pour la Cybersécurité Belgique (CCB) est en cours afin de déployer le Belgian Anti-Phishing Shield (BAPS) contre les pharmacies en ligne frauduleuses. Une nouvelle campagne d'information sera diffusée au cours de cette année sur les réseaux sociaux.

La vente à distance de médicaments est réglementée au plan européen et strictement encadrée en Belgique, où la vente à distance de médicaments est interdite, comme je l'ai déjà indiqué. Les pharmacies étrangères ne peuvent pas non plus les délivrer aux patients belges. En cas d'infraction, l'AFMPS saisit les autorités compétentes de l'État membre concerné. L'Union européenne a, en outre, instauré un logo commun pour identifier les pharmacies en ligne légales et ainsi renforcer la sécurité des patients.

03.03 Hervé Cornillie (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir dressé le topo de la situation relativement aux pharmacies en ligne qui se trouvent, selon toute vraisemblance, dans le giron légal, mais dont les activités le sont moins et présentent un réel danger. Je prendrai la peine de lire plus en profondeur votre réponse pour revenir sur ce sujet, tout en sachant que nous ne disposons pas d'énormément de données en la matière.

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

04 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les infirmiers spécialisés en soins palliatifs" (56013277C)

04 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Verpleegkundigen met bijzondere deskundigheid in de palliatieve zorg" (56013277C)

04.01 Hervé Cornillie (MR): Il s'agit d'une deuxième question d'ordre éthique – un domaine que j'affectionne particulièrement. Elle est née à la suite de rencontres avec des citoyens, en particulier avec une famille qui s'est trouvée confrontée à certaines difficultés dans le contexte de cette situation déjà particulièrement difficile qu'est la fin de vie d'un proche.

On sait que le métier d'infirmier est lourd et fastidieux, tant humainement que physiquement. Ma question ne comporte donc en aucun cas un reproche à l'égard de leur travail. Plusieurs personnes que j'ai pu rencontrer semblaient toutefois un peu démunies face à des infirmiers indépendants en soins palliatifs qui n'étaient pas nécessairement spécialisés en la matière ni regroupés dans un service *ad hoc* leur offrant les ressources pluridisciplinaires nécessaires pour guider et aider ces familles face à la souffrance de la fin de vie. J'ai donc simplement voulu relayer cet aspect, sans pour autant dire qu'il s'agit d'une généralité. Je vous laisse le soin de me répondre sur l'étendue du problème, si du moins ce problème existe à vos yeux.

Monsieur le ministre, pensez-vous qu'il y ait, au regard des nombreux infirmiers et infirmières indépendants qui travaillent dans le secteur, un problème d'égal accès à des soins de qualité, notamment en fin de vie, compte tenu de la formation des uns et des autres et des ressources dont ils peuvent disposer?

La raréfaction des profils infirmiers ne complexifie-t-elle pas finalement la donne dans le cadre de cet accès égal aux soins de santé?

S'il est heureux qu'un infirmier ou qu'une infirmière s'engage dans les soins palliatifs, quels sont les inconvénients de cette non-spécialisation des infirmiers concernés que l'on rencontre parfois sur le terrain, que ce soit pour eux ou pour les familles du reste – je pense que la question va dans les deux

sens? Quels outils ou formations sont proposés pour leur venir en aide?

Le fait qu'un infirmier indépendant accepte sans bien les appréhender ou en les sous-estimant des missions de soins palliatifs, dont on connaît la difficulté, semble fragiliser le travail sur le terrain en accélérant la rotation de ce type de personnes ou en affectant la relation entre l'infirmier et le malade ou la famille. Constatez-vous ce phénomène sur le terrain, au regard des retours que vous recevez? Si oui, proposerez-vous des mesures pour renforcer qualitativement la politique des soins palliatifs? Le cas échéant, quelles seraient ces mesures?

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, loin de moi l'idée d'offenser M. Cornillie qui s'est lancé dans cette question, mais à vrai dire, la question est contraire au Règlement. En effet, conformément à l'article 127 du Règlement tel qu'amendé à la Conférence des présidents, cette question aurait dû être annulée et j'ai dès lors le droit de ne pas répondre. L'auteur de la question a en effet été absent sans excuse, et la Conférence des présidents a bien dit que l'on devait annuler la question.

Je ferai toutefois preuve de courtoisie à l'égard de M. Cornillie et y répondrai.

La **présidente**: On m'a indiqué lors de mon arrivée que cette question n'aurait normalement pas dû être remise à l'ordre du jour, puisqu'elle avait déjà été posée précédemment et que l'auteur de la question n'était ni présent ni excusé à ce moment-là. J'ai néanmoins indiqué au secrétaire de commission que, puisqu'elle avait été par erreur réinscrite à l'ordre du jour par le secrétariat, j'en assumais la responsabilité en tant que présidente et que donc, par politesse et par respect, j'ai donc laissé M. Cornillie la poser. Mais nous serons plus attentifs à l'avenir.

04.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Pas de souci.

Quant au fond de la question, la raréfaction des profils infirmiers constitue un défi majeur pour garantir un accès équitable à des soins de qualité, en particulier dans le domaine des soins palliatifs. Si les infirmiers disposant d'une spécialisation en soins palliatifs apportent une expertise essentielle, notamment en matière de gestion de la douleur, d'accompagnement des familles et de coordination interdisciplinaire, il convient de souligner que les infirmiers responsables de soins généraux sont également des professionnels compétents. Leur formation initiale leur permet d'assurer des soins de qualité, y compris en fin de vie.

Depuis 2024, la définition de l'art infirmier intègre explicitement les soins palliatifs, incluant la planification anticipée des soins, le soulagement de la douleur, la prise en charge de la fin de vie et l'accompagnement du deuil. Je me réfère à l'article 46 de la loi du 10 mai 2015, tel qu'il a été amendé en 2024. L'engagement des infirmiers responsables des soins généraux, leur expérience professionnelle et le recours à la formation continue constituent des atouts importants pour répondre aux besoins des patients en soins palliatifs.

Comme dans toute profession, un infirmier responsable de soins généraux nouvellement diplômé ne maîtrise pas immédiatement des domaines complexes tels que les soins palliatifs. Ces fonctions requièrent une expérience approfondie ainsi que des formations complémentaires. Les compétences de base sont acquises dès la formation initiale, tandis que la qualification professionnelle particulière en soins palliatifs permet d'approfondir ces compétences et de développer une expérience spécifique.

De nombreuses formations en soins palliatifs sont proposées à Bruxelles, en Flandre et en Wallonie, notamment par les plateformes de soins palliatifs et les organisations professionnelles.

En Flandre, des initiatives favorisent la collaboration multidisciplinaire via le coaching et la présence d'infirmiers référents.

En Wallonie, une offre complète allant de l'information à l'approfondissement est disponible. Des outils pratiques et numériques, comme www.palliapro.be, ainsi que divers dispositifs de soutien complètent cette offre. Toutefois, les fédérations de soins palliatifs constatent une insuffisance de formations sur la fin de vie dans le cursus infirmier initial, ce qui entraîne une surcharge des équipes spécialisées.

Les recommandations du secteur, l'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers du

18 janvier 2024 ainsi que le rapport KCE 394B de 2025 doivent désormais être analysés de manière approfondie, en tenant compte des initiatives existantes et des compétences des entités fédérées.

04.04 **Hervé Cornillie** (MR): Madame la présidente, merci de m'avoir permis de poser ma question.

Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je vous assure que si j'avais eu conscience d'avoir été considéré comme absent, je ne serais pas revenu. Si j'ai demandé à plusieurs reprises le report de ces questions, c'est parce que je trouvais qu'elles étaient singulières et qu'elles ne relevaient pas directement des dimensions budgétaires. C'est la raison pour laquelle j'ai demandé ce report, et voilà pourquoi cet incident est survenu. Vous avez accepté de répondre, et je prendrai le temps de lire votre réponse.

En tout cas, pour ce qui concerne la formation de base des infirmiers, indépendamment de leur spécialité et de l'expérience qu'ils peuvent acquérir au fil du temps, je comprends parfaitement ce que vous dites. Je me tournerai notamment vers mes collègues des entités fédérées afin que la formation de base, déjà de qualité, soit renforcée sur ces questions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les parkings des hôpitaux" (56013366C)**

05 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuisparkings" (56013366C)**

05.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, je reviens sur cette question puisque je n'avais pas obtenu de réponse lors de notre échange durant la discussion de votre note de politique générale. Il s'agit en effet d'une difficulté réelle. De nombreux patients et leurs familles attirent régulièrement mon attention sur le coût du stationnement dans certains hôpitaux. Pour les personnes qui doivent se rendre fréquemment à l'hôpital pour des traitements lourds, pour des hospitalisations prolongées ou simplement pour accompagner un proche, ces frais peuvent représenter une charge financière non négligeable.

Je souhaite également dire que je comprends que les parkings hospitaliers relèvent d'investissements et de coûts d'infrastructure importants, assumés par les établissements eux-mêmes. Les hôpitaux font face à de fortes contraintes budgétaires et les recettes issues du stationnement participent parfois à leur équilibre financier global. Il ne s'agit donc pas dans mon chef d'opposer les patients aux hôpitaux, mais bien de réfléchir à des solutions équilibrées.

Dans ce contexte, il me paraît utile de mieux objectiver la situation et d'examiner les marges d'amélioration possibles afin de soutenir les patients et leurs familles sans fragiliser les établissements de soins.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'un état des lieux ou d'un recensement des tarifs pratiqués pour le stationnement dans les hôpitaux belges? Comment analysez-vous l'impact de ces coûts sur l'accessibilité financière des soins pour les patients et leurs proches? Existe-t-il des pistes permettant d'améliorer la situation pour les patients les plus exposés, tout en respectant l'autonomie de gestion des hôpitaux? Enfin, cette problématique s'inscrit-elle, selon vous, dans une réflexion plus large sur le financement des infrastructures hospitalières, afin d'éviter que des recettes annexes deviennent une nécessité pour équilibrer les budgets?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, ces questions sont importantes et relèvent du quotidien des personnes qui fréquentent nos hôpitaux. Elles relèvent toutefois vraiment de la responsabilité et de l'autonomie de gestion des hôpitaux. Je ne mène donc pas de politique spécifique en la matière. Je crois savoir que de nombreux hôpitaux proposent des formules tarifaires préférentielles pour certaines catégories de patients, en particulier ceux qui doivent se présenter fréquemment à l'hôpital, par exemple pour une dialyse ou une séance de radiothérapie.

Il s'agit d'un sujet important mais je ne peux toutefois pas me prononcer en termes de compétences

politiques en la matière.

05.03 Ludivine Dedonder (PS): Ce que vous me dites, c'est finalement ce que je vous ai dit dans ma question. Nous savons que cela relève de l'autonomie de gestion des hôpitaux.

Je souhaiterais, comme je l'ai d'ailleurs dit dans la question, ne pas opposer les hôpitaux aux patients, mais avoir avec vous, en tant que ministre compétent, une réflexion plus large sur le financement de ces hôpitaux, pour éviter qu'ils doivent aller chercher les moyens pour équilibrer leur budget dans la poche des citoyens via les frais de stationnement.

Il est vrai que le coût est acceptable dans certains hôpitaux, mais il y en a d'autres où ce n'est vraiment pas le cas. Certains hôpitaux offrent des tarifs préférentiels, mais ce n'est pas le cas partout. C'est assez injuste.

Vous savez bien qu'aujourd'hui, des patients renoncent à se soigner faute de moyens. Par exemple, je vous assure que pour certains patients devant aller en dialyse trois fois par semaine, la note est salée à la fin du mois. Il faut pouvoir en tenir compte.

Vous allez, à un moment donné, présenter des textes de réforme du paysage hospitalier. Ce que je vous demande, via cette question, ce n'est pas de me répondre aujourd'hui précisément, mais c'est au moins de pouvoir réfléchir et d'en discuter, dans ce cadre-là.

Aujourd'hui, il y a un déséquilibre entre les hôpitaux et donc, quelque part, un déséquilibre dans la prise en charge des patients, à partir du moment où ils doivent se déplacer et stationner.

Je suis un peu déçue, non seulement parce que je n'ai pas eu de réponse, mais aussi parce que je n'ai pas entendu que vous alliez y réfléchir. J'espère que cela viendra. Cette problématique fait l'objet de nombreuses interpellations. Vous avez certainement vu que cela a été beaucoup relayé. Ce n'est pas anecdotique. J'aimerais donc que nous puissions y revenir à un moment donné.

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

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mogelijke aanwezigheid van asbest in speelzand" (56013382C)

06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La présence possible d'amiante dans du sable de jeu" (56013382C)

06.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, over de mogelijke aanwezigheid van asbest in speelzand heb ik ook uw collega, minister Beenders, al eens bevraagd. U weet ondertussen dat in verschillende landen is vastgesteld dat asbesthoudend speelzand op de markt is terechtgekomen, vaak via webshops. Ook in België bleek dat het geval te zijn.

Uw collega-minister Beenders is verantwoordelijk voor consumentenzaken, maar ik wil u een aantal vragen stellen die betrekking hebben op de mogelijke gezondheidsrisico's. U bent immers verantwoordelijk voor Sciensano, dat via de Risk Assessment Group daarop toezicht moet houden.

Op welke manier wordt in België onderzocht of er asbesthoudend zand werd aangekocht? Wanneer werd dat onderzoek gestart? Werd u daarbij van in het begin betrokken? Hebt u daarover ook overlegd met uw collega's uit andere landen waar al asbesthoudend zand werd aangetroffen, om op die manier misschien sneller de gezondheidsrisico's te kunnen inschatten?

Werd er bij ons ondertussen asbesthoudend zand aangetroffen? Wat zijn de gezondheidsrisico's van dat asbesthoudend zand?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik zal u misschien teleurstellen doordat ik een kort antwoord geef. Ik ben daarover voortdurend op de hoogte gehouden door mijn collega-minister Rob Beenders, die uiteraard geageerd heeft vanuit gezondheidsoverwegingen en dat ook altijd zo heeft

gemotiveerd. Ik ben het volkomen eens met alles wat hij daarover heeft gezegd. Hij heeft al die vragen trouwens al beantwoord op 11 februari tijdens een vergadering in het Parlement over dat onderwerp. Ik zal dat hier dus niet herhalen. Ik ben het eens met alles wat hij daarover heeft gezegd, met inbegrip van wat hij heeft gezegd over de gezondheidsrisico's.

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

Ik baseer mij ook op het verslag van de RAG. Daarin staan toch een aantal nieuwe elementen. Zo gaat het over het aantal stalen dat door de overheid is getest. Dat waren er 20. Van 15 stalen hebben we blijkbaar al een resultaat, meer bepaald zouden 3 van die 15 stalen asbesthoudend zijn. Over de 5 andere stalen, van online aangekochte producten, lees ik nog geen uitslag.

Ik stel mij ook vragen bij het feit dat die stalen blijkbaar zijn geanalyseerd door buitenlandse laboratoria. Hoe komt dat? Kunnen we daaromtrent in de toekomst niet sneller ageren? Blijkbaar zijn 14 Belgische laboratoria geaccrediteerd om onderzoek naar asbest uit te voeren. Is daar een analyse over gebeurd? Ik veronderstel dat dat nu wel gebeurt. Op welke manier kunnen we de volgende keer sneller in actie schieten en sneller tot testen overgaan, zodat we ook sneller een risico-inschatting kunnen maken? De RAG stelt dat het risico laag is, maar houdt tegelijk een flinke slag om de arm, aangezien de RAG tegelijk heel moeilijk kan inschatten hoelang de blootstelling heeft geduurd. Een groot probleem in verband met asbest is dat er eigenlijk geen veilige hoeveelheid bestaat.

Ik hoop dus dat we snel meer informatie krijgen over de laatste stalen die blijkbaar nog moeten worden getest. Dank u wel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Van Tigchelt serait en route. Mme De Knop étant en commission de la Mobilité, ses questions n^{os} 56013401C et 56013402C sont reportées.

07 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitrol van zogenaamde inwendige bestraling in het UZ Leuven" (56013445C)

07 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le déploiement de la "curiethérapie" à l'UZ Leuven" (56013445C)

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, volgens recente berichtgeving, begin februari, opent het UZ Leuven een nieuwe, hoogtechnologische faciliteit, een investering van ongeveer 7 miljoen euro, voor een baanbrekende vorm van kankerbehandeling die in de media wordt omschreven als inwendige bestraling en waarbij tumorweefsel van binnenuit doelgericht behandeld kan worden. Daarbij wordt onder meer aangegeven dat deze aanpak voor bepaalde patiënten een aanzienlijke levenswinst kan opleveren.

Innovatie in oncologische zorg is essentieel, maar roept tegelijk concrete vragen op vanuit het perspectief van de patiënt. Wordt de behandeling tijdig en gelijk toegankelijk? Wat is de exacte terugbetalingsregeling? Welke remgelden en bijkomende kosten blijven mogelijk over? Welke praktische en psychosociale ondersteuning is voorzien? Zonder een helder kader dreigen nieuwe hooggespecialiseerde behandelingen immers vooral beschikbaar te worden voor wie de weg vindt, dichtbij woont of de financiële en logistieke drempels kan dragen.

Over welke concrete vorm van zogenaamd inwendige bestraling gaat het precies en voor welke indicaties en patiëntengroepen is dit centrum prioritair bedoeld? Bestaat er een publiek toegankelijk overzicht van klinische toelatingscriteria, zodat patiënten en verwijzende artsen weten wanneer doorverwijzing zinvol is? Welke onderdelen van deze behandeling zijn vandaag al dan niet volledig gedekt door de nomenclatuur en terugbetalingsregels? Voor welke onderdelen bestaat risico op supplementen of niet-terugbetaalde kosten voor de patiënt en welke maatregelen neemt u om dat te voorkomen? Zult u erop toezien dat patiënten vooraf een uniforme en begrijpelijke raming krijgen van hun persoonlijke kosten en op welke manier? Welke ondersteuning bestaat of wordt voorzien voor verplaatsings- en verblijfskosten wanneer patiënten zich, door de concentratie van expertise, naar

Leuven moeten begeven? Zult u inzetten op een uitkomstregistratie zodat patiënten en het beleid een zicht krijgen op de werkelijke meerwaarde en zodat terugbetalingskeuzes evidencebased kunnen gebeuren?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, men heeft het over radioligandtherapie. Dat is een therapie waarbij een ligand – dat is een antilichaam – fungeert als een zoekmolecule om de kankercellen gericht op te sporen en gekoppeld is aan een radio-isotoop. Eens de ligand aan de kankercel bindt, zal het radio-isotoop de cel zeer lokaal bestralen. Momenteel wordt radioligandtherapie voornamelijk ingezet bij uitgezaaide prostaatkanker en bij neuro-endocriene tumoren. Er zijn overigens wereldwijd meer dan 400 lopende klinische studies die de toepassing van radioligandtherapie in andere kankers onderzoeken.

Ten tweede, momenteel worden er verschillende radioliganden in België terugbetaald, namelijk Xofigo in het geval van prostaatkanker, Lutathera in het geval van neuro-endocriene tumoren, Pluvicto in het geval van prostaatkanker en natriumjodide I-131 in het geval van schildklierkanker. De terugbetalingscriteria van deze producten zijn publiek toegankelijk via het RIZIV. Ze zijn ook bekend bij de artsen-specialisten die deelnemen aan het multidisciplinair oncologisch consult.

Ten derde, de hiervoor vermelde radioligandtherapieën worden terugbetaald via een specifieke nomenclatuur in artikel 18 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen. Het honorarium dekt de toediening en de kosten voor de controle op de producten en de absorptietesten tijdens de behandeling.

Ten vierde, supplementen kunnen voorkomen bij een verblijf in een eenpersoonskamer. Er is ook een specifiek persoonlijk aandeel van toepassing op radiofarmaceutische producten. Er zijn op korte termijn geen plannen om dat te wijzigen.

Ten vijfde, de wetgeving op de patiëntenrechten verplicht ziekenhuizen om op verzoek een raming van de verwachte persoonlijke kosten te geven.

Ten zesde, er is een tussenkomst per kilometer voor verplaatsingskosten voor bepaalde oncologische zorgen. Dat is ook gekoppeld aan de nomenclatuur.

Ten zevende, ik hecht uiteraard veel belang aan evidentieondersteunde beleidskeuzes. Dat geldt bij uitstek voor innovatieve technieken zoals radioliganden. Zo wordt ingezet op het koppelen van een definitieve terugbetaling aan de daadwerkelijk bewezen meerwaarde voor de patiënt via overeenkomsten die verplichten om real-worldevidentie te registreren. Het recent uitgekomen Early and Equitable Fast Access-programma van het RIZIV is volgens mij een goed voorbeeld dat precies is ontworpen om patiënten met een hoge medische nood sneller toegang te geven tot innovatieve, vaak levensreddende geneesmiddelen, voordat de standaardterugbetalingsprocedure volledig is afgerond.

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

Als ik het goed heb begrepen, is er inderdaad een dekking en terugbetaling. U zegt dat er voor de verplaatsing een terugbetaling of tussenkomst bestaat voor bepaalde oncologische behandelingen. Geldt dat ook voor de oncologische behandelingen in kwestie?

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Zo heb ik althans begrepen wat mij is gezegd.

07.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Goed, dan heb ik daar verder geen vragen over. Ik ben blij dat daar goed over is nagedacht. Dank u.

07.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik twijfel zelf een beetje, omdat ik mij baseer op de voorbereiding. Ik stel voor dat ik dat nog even laat preciseren. Het gaat immers om een vrij gedetailleerde lijst van therapieën en behandelingen, gekoppeld aan nomenclatuurnummers binnen de oncologie, waarop die vervoerskostenregeling is geënt. Ik stel daarom voor dat mijn medewerker, de heer Himpens, dat nog even nakijkt en het laat weten aan het secretariaat. Dan kunnen we bevestigen of het daar ook voor geldt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les contrôles des IVG" (56013448C)

08 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controles op de abortuspraktijk" (56013448C)

08.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, les centres de planning familial pratiquant l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ont reçu cette année un nouveau canevas de rapport d'activité de l'INAMI. Une nouvelle question leur demande désormais de justifier précisément chaque situation où le délai légal de six jours n'a pas été appliqué.

Or, la loi du 15 octobre 2018 ne prévoit aucune obligation de justification détaillée ni aucun contrôle administratif de la pertinence de la levée du délai, celle-ci relevant exclusivement de l'appréciation médicale. En introduisant cette exigence, l'INAMI semble clairement aller au-delà du cadre légal fixé. Cette nouvelle demande s'ajoute à la convention envoyée au mois de juin 2024 qui introduisait déjà un article rappelant aux centres leur obligation de respecter la loi, ce qui a été perçu comme un signal de méfiance. L'ensemble crée un climat de pression administrative autour d'une pratique pourtant strictement encadrée et parfaitement légale.

Monsieur le ministre, étiez-vous informé de cette nouvelle exigence introduite par l'INAMI dans le rapport d'activité? Quels acteurs ont-ils été consultés pour rédiger cette nouvelle version du rapport? L'INAMI peut-il imposer une telle justification qui va clairement au-delà de ce que prévoit la législation? Entendez-vous revenir sur ces éléments afin que les demandes figurant dans le rapport d'activité respectent strictement le cadre légal ?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, j'ai récemment été informé de cette situation. La semaine dernière, j'ai reçu un courrier du centre souhaitant porter cette question à mon attention.

L'INAMI a conclu une convention avec 36 centres extra-hospitaliers pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé dans les coûts de l'accompagnement psycho-médico-social en cas de grossesse non désirée. Dans ce cadre, les centres concernés transmettent chaque année un rapport d'activité qui permet d'évaluer leur fonctionnement ainsi que l'application de la convention. Depuis janvier de cette année, une question supplémentaire relative aux situations dans lesquelles il est dérogé au délai légal a été ajoutée dans ce rapport. Dans ce contexte, il est important de rappeler que le contrôle du respect des dispositions légales relatives à l'IVG relève de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse.

Afin de poursuivre l'examen de ce dossier, j'ai demandé à recevoir un avis juridique récemment établi à ce sujet. Je souhaite analyser cet avis, ainsi que les autres éléments du dossier, notamment au regard de l'éventuelle charge administrative supplémentaire pour les centres. Sur cette base, il pourra être examiné si cette rubrique supplémentaire dans le rapport d'activité est nécessaire et opportune dans le cadre de la convention.

Si cela s'avère ne pas être le cas, il pourrait être demandé au Collège des médecins-directeurs de revoir cette mention dans le modèle de rapport annuel. Je suivrai donc ce dossier avec attention.

08.03 **Caroline Désir** (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse. Merci d'avoir pris les devants sur cette manière.

Nous sommes évidemment un peu inquiets par rapport au fait qu'on essaie de mettre une pression administrative supplémentaire sur les centres de planning qui pratiquent des avortements.

Une fois que vous aurez analysé l'avis juridique qui vous aura été remis, je vous reposerai très certainement une question afin de voir comment faire évoluer ces nouveaux contrôles qui s'ajoutent à ce qui était pratiqué jusque-là par l'INAMI. Je reviendrai donc vers vous pour voir comment tout cela évolue.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

La **présidente**: La question n° 56013449C de Mme Thémont est reportée.

09 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De leeftijdsgrens van het bevolkingsonderzoek naar darmkanker" (56013452C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Darmkankerscreening, de leeftijdslimiet en de onderdiagnosticering in Wallonië en Brussel" (56014028C)

09 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La limite d'âge pour le dépistage du cancer colorectal" (56013452C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le dépistage du cancer colorectal, la limite d'âge et le sous-diagnostic en Wallonie et à Bruxelles" (56014028C)

09.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, naar aanleiding van het overlijden van een bekende acteur aan darmkanker pleiten verschillende Belgische experts opnieuw voor een verlaging van de leeftijdsgrens voor het bevolkingsonderzoek naar darmkanker van 50 naar 45 jaar.

Zij wijzen op een internationale trend waarbij het aantal diagnoses bij mensen onder de 50 jaar gestaag toeneemt. Volgens hen gaat het inmiddels niet langer om ongeveer 10 % van de nieuwe diagnoses, maar wel 12 tot 15 %. In een aantal landen werd de screeningsleeftijd daarom al verlaagd.

Belangrijk is dat bij een vroege opsporing de overlevingskansen aanzienlijk toenemen, tot 90 à 95 %. Dat zorgt ook voor een besparing in de gezondheidszorg omdat bepaalde onkosten niet moeten worden gemaakt in geval van vroegtijdige diagnoses.

Mijnheer de minister, hoe is het procentueel aandeel van de 45- tot 50-jarigen binnen het totaal aantal behandelde darmkankerpatiënten geëvolueerd? Welke andere cijfers hebben we om ons op te kunnen baseren om de screeningsleeftijd eventueel te verlagen? Wat is de geraamde jaarlijkse kostprijs voor de federale ziekteverzekering voor de behandeling van die leeftijdsgroep?

Hebt u al een schatting gemaakt van de mogelijke budgettaire impact indien een screening vanaf 45 jaar zou leiden tot vroegere detectie en dus tot minder dure behandelingen?

Vindt er daarover overleg plaats met de gemeenschappen? Het gaat immers om een gemeenschapsbevoegdheid, echter met een impact op de federale behandelingskosten.

09.02 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer en Belgique.

On compte 8 000 diagnostics et 2 600 décès par an. Pourtant, les chances de guérison sont élevées si le diagnostic est posé à temps. Le cancer du côlon ne provoque pas de symptômes tant qu'il n'est pas à un stade très avancé. La seule manière de le détecter suffisamment tôt pour le prendre à temps, c'est le dépistage, d'où l'importance qu'un maximum de citoyens y recourent.

Chez nous, le dépistage est gratuit à partir de 50 ans. Il est largement utilisé en Flandre – une personne concernée sur deux réalise le test – mais très peu en Wallonie et presque pas à Bruxelles.

D'après mes recherches, la différence s'explique par l'accès au test. En Flandre, il est envoyé par la poste à toutes les personnes éligibles, à partir de 50 ans, tous les deux ans. En Wallonie et à Bruxelles, il faut aller chercher le kit en pharmacie. Autrement dit, il faut faire la démarche soi-même. Manifestement, cela ne fonctionne pas, trop peu de personnes y recourent.

Monsieur le ministre, qu'allez-vous mettre en place pour réduire ces différences de diagnostic? Pourriez-vous, par exemple, inscrire ce point à l'agenda de la Conférence interministérielle (CIM) Santé, étant donné qu'une grande partie de la responsabilité relève des régions?

En février, ce cancer a fait la une de l'actualité avec le décès de l'acteur américain James Van Der Beek, célèbre pour son rôle de Dawson. Dans tous les groupes WhatsApp des *millennials*, cela a été un choc. Il est mort à 48 ans d'un cancer colorectal. Cette tragédie a mis en lumière une augmentation marquée de ce cancer chez les plus jeunes. Selon une étude publiée dans *The Journal of the National Cancer Institute* (JNCI), il serait même devenu le premier cancer aux États-Unis.

Monsieur le ministre, envisagez-vous d'abaisser l'âge d'accès au dépistage, par exemple à 45 ans? Des campagnes de prévention ciblant les plus jeunes sont-elles prévues? Il existe aussi des facteurs comportementaux même si ce ne sont pas les seuls. Des campagnes de sensibilisation sur ces facteurs de risque sont-elles programmées?

09.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, de organisatie van bevolkingsonderzoeken naar kanker in België behoort tot de bevoegdheid van de deelstaten, zoals u weet. Ook de screening naar dikkedarmkanker wordt door de gemeenschappen georganiseerd. Vragen over een eventuele aanpassing van de screeningsleeftijd moeten in eerste instantie dan ook worden gericht aan de bevoegde ministers van de deelstaten.

Dat neemt evenwel niet weg dat preventie en behandeling nauw met elkaar verbonden zijn. Overleg tussen de federale overheid en de deelstaten over preventieve gezondheidsmaatregelen vindt plaats binnen de interkabinettenwerkgroep preventie en indien aangewezen ook binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid.

Comme vous le savez, je m'adresse ici notamment à Mme Schlitz, l'organisation des dépistages du cancer, en Belgique, relève de la compétence des entités fédérées. En l'occurrence, le dépistage du cancer du côlon est organisé par les Communautés.

Met betrekking tot de evolutie van de incidentie en de mortaliteit van darmkanker verwijs ik naar de gegevens van het Belgisch Kankerregister, waar uitgebreide statistieken publiek beschikbaar zijn.

Met betrekking tot de uitgaven binnen de federale ziekteverzekering voor de behandeling van darmkanker specifiek bij de leeftijdsgroep van 45- tot 50-jarigen, beschikken we niet over afzonderlijke analyses. Op de website *Naar een gezond België* worden wel medische kosten per ziektegroep voor bepaalde kankers weergegeven, maar die cijfers zijn niet uitgesplitst naar leeftijdscategorie.

Voor meer gedetailleerde inschattingen, bijvoorbeeld over de mogelijke budgettaire impact van een uitbreiding van de screening naar een jongere leeftijdsgroep en de mogelijke effecten van vroegere detectie op behandelingskosten, is een meer doorgedreven analyse noodzakelijk. Dergelijke evaluaties gebeuren doorgaans via een *health technology assessment*, waarbij zowel de medisch-epidemiologische als de budgettaire aspecten in kaart worden gebracht. Maar, zoals gezegd, het is eigenlijk een bevoegdheid van de deelstaten.

09.04 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, uw antwoord stelt een beetje teleur. Ik begrijp dat het domein gezondheidszorg zeer breed is en dat niet over alles studies kunnen worden gemaakt, maar men voelt toch wel dat we meer informatie nodig hebben, om op basis daarvan een geobjectiveerd beleid te kunnen voeren.

Ik vind het jammer dat u in uw antwoord niet aangeeft dat u bijvoorbeeld het KCE daaromtrent een opdracht zou kunnen geven, noch hoor ik dat uw collega's in de regionale regeringen daarmee bezig zijn.

Het is zeker een problematiek om verder op terug te komen. Gelet op de ernst en het feit dat de prevalentie van die kanker in België zeer groot is, is dat zeker iets om verder op te volgen.

09.05 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous entends indiquer que cela relève des entités fédérées. Pour ma part, j'estime qu'il s'agit malgré tout d'une politique globale. Le ministre fédéral peut également mettre ce sujet sur la table de la Conférence interministérielle Santé publique étant donné que, lorsqu'une personne passe à travers les mailles du filet du dépistage, c'est finalement le fédéral qui doit assumer, puisque c'est lui qui finance les soins de santé.

Pour les personnes concernées, l'objectif est évidemment d'éviter la maladie. À tout le moins, lorsqu'un cancer survient, il faut qu'il soit détecté à temps afin que les chances de guérison soient maximales. Nous avons toutes et tous intérêt à ce que ce dépistage fonctionne correctement. D'autre part, du point de vue des finances publiques, il s'agit également d'un raisonnement objectif. Au niveau fédéral, il est légitime de taper du poing sur la table et de dire aux entités fédérées qu'elles doivent prendre ce problème à bras-le-corps. Il est inadmissible qu'il n'y ait quasiment pas de dépistage à Bruxelles. Des vies sont ainsi sacrifiées sans raison. Je pense qu'il s'agit d'un bon sujet à mettre à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle lors de sa prochaine réunion.

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 "Het chronische gebruik van opioïden in België" (56013453C)

10 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation chronique d'opioïdes en Belgique" (56013453C)

10.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, om tijd te winnen zal ik meteen tot mijn vragen overgaan.

De cijfers van het chronisch opioïdengebruik in België evolueren niet in gunstige zin. Bevestigt u die cijfers? Hoe evalueert u zelf het chronisch opioïdengebruik volgens de RIZIV-gegevens de voorbije tien jaar? Beschikt u over cijfers inzake langdurig gebruik per leeftijdscategorie, geslacht en socio-economisch profiel?

Acht u het huidige voorschrijfbeleid voldoende onderbouwd en gecontroleerd, in het bijzonder wat betreft middelen zoals tramadol, oxycodon en fentanyl?

Overweegt u een nationaal actieplan rond opioïdengebruik, met onder meer richtlijnen voor rationeel voorschrijven, monitoring van chronisch gebruik en stimulering van alternatieve pijnbehandeling?

Welke initiatieven neemt u om huisartsen en specialisten beter te ondersteunen bij het verantwoord voorschrijven en het afbouwen van opioïden?

Overweegt u maatregelen inzake verpakkingsgrootte en aflevering per eenheid, bijvoorbeeld per pil, in plaats van grote standaardverpakkingen, om overmatig gebruik en langdurige beschikbaarheid te beperken?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, het RIZIV beschikt voor de periode 2021-2024 over geanonimiseerde Farmanetgegevens waarmee het gebruik van opioïden nauwkeurig kan worden opgevolgd. Uit die gegevens blijkt dat het percentage patiënten dat jaarlijks minstens 90 dagen opioïden ontvangt, licht daalt van 1,67 % in 2021 tot 1,54 % in 2024. Tegelijkertijd blijft ongeveer 9,6 % van de bevolking jaarlijks minstens één opioïde ontvangen. Dat wijst erop dat, alhoewel het aantal betrokken patiënten stabiel blijft, de gemiddelde behandelingsduur afneemt. Ook het totale volume afgeleverde opioïde analgetica blijft sinds 2017 dalen.

Farmanet laat ook analyses toe volgens leeftijd, geslacht en voorkeurstatuut. Patiënten met een voorkeurstatuut hebben bij een gelijk profiel driemaal meer kans op een chronische behandeling. Vrouwen worden gemiddeld 60 % vaker chronisch behandeld dan mannen. De kans op chronisch gebruik stijgt met de leeftijd, vooral bij personen zonder voorkeurstatuut.

Het RIZIV pleit voor het verplicht gebruik van elektronische voorschriften, de aflevering per eenheid en een betere toegang tot farmaceutische dossiers. In samenwerking met de FOD Volksgezondheid, het FAGG en Sciensano werden in de jaren 2022–2024 verschillende acties uitgewerkt om het rationeel gebruik van opioïden te bevorderen. Daarnaast worden richtlijnen rond verpakkingsgroottes geactualiseerd en wordt onderzocht of exacte hoeveelheden kunnen worden afgeleverd.

10.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ondanks het feit dat de cijfers misschien lichtjes dalen, hebt u terecht gesteld dat 9,6 % van de bevolking wel dat soort van medicatie ontvangt. We

weten allemaal dat het risico bestaat dat mensen daar op een of andere manier verslaafd aan raken. Het is dus toch een belangrijke tendens om op te volgen.

Eigenlijk had ik nog een extra vraag moeten stellen, namelijk of u daaromtrent verdere initiatieven zult nemen. Ik heb u die niet proactief horen vermelden, dus ik ga ervan uit dat dat geen verdere focus heeft.

10.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Toch wel, aangezien bijvoorbeeld de aflevering per eenheid, een aflevering van exacte hoeveelheden, op onze agenda staat. Dat is vermoedelijk eerder iets voor 2028. U weet dat we dat momenteel uitwerken voor antibiotica. De aflevering per eenheid of op exact voorschrift is niet eenvoudig, maar het staat wel op de agenda. Het klopt dus niet dat ik daaromtrent niets meer onderneem.

10.05 **Irina De Knop** (Anders.): Bedankt voor uw antwoord.

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

11 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het proefproject inzake de uurfinanciering in de thuisverpleging" (56013454C)**

11 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le projet pilote sur le financement horaire des soins à domicile" (56013454C)**

11.01 **Irina De Knop** (Anders.): Naar aanleiding van de beruchte fraudezaak rond een thuisverpleegkundige en de bredere discussie die we daarover hebben gevoerd, onder meer over de tekortkomingen van het huidige financieringssysteem, vernamen we dat het RIZIV een proefproject opzet waarbij ruim duizend thuisverpleegkundigen per uur zullen worden betaald in plaats van per prestatie.

Mijnheer de minister, u hebt er al naar verwezen in eerdere antwoorden op parlementaire vragen. We vernemen dat een 58-tal praktijken deelnemen, waarvan 32 het nieuwe systeem daadwerkelijk zullen testen, terwijl de andere praktijken als controlegroep zullen fungeren. Die testfase zou twee jaar duren.

Het huidige systeem, gebaseerd op prestaties en de Katzschaal, staat al langer onder druk. Vanuit het werkveld klinkt dat niet alle zorgactiviteiten correct worden vergoed. Daarbij wordt vaak de hygiënische verzorging van patiënten aangehaald. Die moet uiteraard ook gebeuren, maar wordt financieel blijkbaar veel minder goed vergoed. De schaal lijkt dus haar limieten te hebben bereikt en sluit minder goed aan bij de realiteit op het terrein.

Mijnheer de minister, op basis van welke criteria wilt u dit experiment evalueren? Zal bij de evaluatie expliciet worden gekeken naar de budgettaire kosten per voltijds werkende verpleegkundige binnen het nieuwe uurmodel, in vergelijking met de gemiddelde kosten van een zelfstandige thuisverpleegkundige binnen het huidige prestatiesysteem?

Zal ook de impact op de fraudegevoeligheid, op de administratieve lasten en op de zorgkwaliteit worden meegenomen in de beoordeling? Dat lijkt ons essentieel. Fraudegevoeligheid is één aspect, maar administratieve belasting en zorgkwaliteit zijn natuurlijk twee andere zeer belangrijke criteria.

Ten behoeve van onze werkzaamheden hier in het Parlement is het ook goed om te weten wanneer een tussentijdse evaluatie zal plaatsvinden en op welke manier het Parlement zal worden geïnformeerd of betrokken.

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Met het proefproject wordt inderdaad een nieuwe manier van werken getest, waarbij we via een beter aangepast financieringsmechanisme een antwoord willen bieden op een reeks structurele uitdagingen in de sector. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) voert de evaluatie uit. Daarbij zullen verschillende kwantitatieve en kwalitatieve methoden worden gecombineerd.

De kwantitatieve benadering zal vooral de zorg onder de nieuwe financiering beschrijven, zoals de tijdsbesteding van de verpleegkundigen en het type zorgactiviteiten. Daarnaast zal ook de impact op de werktevredenheid, de patiënttevredenheid en de kosten voor de ziekteverzekering worden geëvalueerd. De kwalitatieve gegevensverzameling heeft tot doel inzicht te verwerven in contextuele factoren, veranderingsmechanismen en de facilitatoren en barrières die gepaard gaan met het nieuwe financieringsmodel. Er wordt ook aandacht besteed aan de redenen waarom bepaalde praktijken ervoor kiezen zich geen kandidaat te stellen voor, of zich terug te trekken uit het proefproject.

De budgettaire impact van het proefproject wordt nauwgezet opgevolgd door de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen - verzekeringsinstellingen. Daarover zal op regelmatige basis worden gerapporteerd aan het Verzekeringscomité van het RIZIV. Op basis van de gegevens na één jaar werking zal het KCE begin 2028 een tussentijds evaluatierapport opleveren. Het eindrapport wordt verwacht in 2029.

11.03 Irina De Knop (Anders.): Hartelijk dank voor uw antwoord. We zullen dit verder opvolgen.

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

12 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het risico van semaglutide bij anesthesie" (56013455C)

12 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le risque présenté par le sémaglutide lors d'une anesthésie" (56013455C)

12.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, uit een recent onderzoek van een aantal ziekenhuizen blijkt dat semaglutide, bekend van middelen zoals Ozempic, Wegovy en Rybelsus, risico's kan inhouden bij patiënten die onder algemene verdoving moeten worden gebracht. Uit die studie blijkt dat ongeveer de helft van de onderzochte patiënten die die medicatie gebruiken, ondanks het naleven van alle mogelijke voorzorgsmaatregelen, op het moment van de narcose toch geen volledig lege maag had. Dat kan blijkbaar het risico op aspiratie van maaginhoud in de longen veroorzaken en kan leiden tot ernstige complicaties.

Het onderzoek toont bovendien aan dat noch langere nuchterheidsperiodes noch tijdelijke onderbreking van de medicatie het probleem eenvoudig kunnen oplossen. Blijkbaar zou een maagechografie wel een nuttig screeningsinstrument kunnen zijn om grotere problemen en complicaties te vermijden.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van die studie? Hoe beoordeelt u de bevindingen?

Wilt u samen met het RIZIV, het FAGG en de anesthesieverenigingen richtlijnen uitwerken of aanpassen met betrekking tot het beleid daarover?

Wordt overwogen om patiënten explicieter te informeren over de risico's?

Zal worden onderzocht of systematische maagechografieën aangewezen zijn bij risicopatiënten en wat daarvan de budgettaire en organisatorische impact zou zijn?

Hebt u cijfers over het aantal Belgische patiënten dat momenteel semaglutide gebruikt? Dat zou ook erg nuttig zijn om te vernemen.

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, om te beginnen kan ik zeggen dat de Europese autoriteiten al op de hoogte zijn van dat signaal, los van de Belgische studie. Gezien het snel toenemende gebruik van semaglutide heeft het Risicobeoordelingscomité voor geneesmiddelenbewaking (PRAC) van het Europees Geneesmiddelenbureau het potentiële risico in anesthesiologische context erkend. In 2024 beoordeelde het PRAC specifiek het risico op aspiratie tijdens algemene anesthesie of diepe sedatie bij patiënten die worden behandeld met GLP-1-receptoragonisten, waaronder semaglutide.

Naar aanleiding daarvan werden reeds maatregelen genomen op Europees niveau, namelijk de vermelding van dat risico in de samenvatting van de kenmerken van het product en in de bijsluiter.

Het standpunt van het PRAC onderstreept de wetenschappelijke en regelgevende relevantie van de resultaten van de Belgische studie, die aanvullende klinische gegevens aanreikt, waaronder bevindingen op basis van maagechografie.

Voorzitter: Hervé Cornillie.

Président: Hervé Cornillie.

In antwoord op uw tweede vraag kan ik het volgende zeggen. Naar aanleiding van die evaluatie werden aanbevelingen geformuleerd en werd door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten een communicatie verspreid om zorgverleners en patiënten te informeren en de risicominimalisatie te versterken.

Ik kan u zeggen – dat is meteen ook een antwoord op uw derde vraag – dat de patiënten eveneens geïnformeerd zijn over de aanbevelingen, via een communicatie op FarmaInfo, de plek die we ontwikkelen voor informatie aan patiënten vanuit het FAGG.

In antwoord op uw vierde vraag moet ik zeggen dat er nog geen plannen zijn.

In antwoord op de vijfde vraag moet ik u bekennen dat de administratie mij niet tijdig de nodige gegevens met betrekking tot de patiëntenaantallen heeft kunnen bezorgen, maar ik zal die alsnog aan u laten bezorgen.

12.03 Irina De Knop (Anders.): Ik heb geen verdere vragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De onlineverkoop van testosterontests en -supplementen aan jonge mannen" (56013456C)

13 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vente en ligne de tests et de compléments de testostérone aux jeunes hommes" (56013456C)

13.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de voorzitter, ik vroeg mij af of ik naar mijn schriftelijke vraag zou verwijzen, maar ze is eigenlijk wel plezant om te stellen. Mijnheer de minister, ik ga onmiddellijk over tot mijn vragen.

Hebt u zicht op de omvang van de onlineverkoop van testosterontests en -producten in België, in het bijzonder gericht op jonge mannen? In welke mate zijn dergelijke zelftests en testosteronproducten onderworpen aan federale regelgeving en controle, bijvoorbeeld door het FAGG of de FOD Volksgezondheid? Wordt daarop actief toegezien?

Acht u bijkomende maatregelen nodig tegen misleidende medische claims door influencers? Zult u in overleg met de Vlaamse overheid werk maken van een aanpak tegen gezondheidsdesinformatie en onnodige medicalisering via sociale media?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Testosteron wordt inderdaad via illegale internetapotheken online aangeboden. Momenteel zijn er echter geen betrouwbare cijfers beschikbaar over de omvang van de onlineverkoop van testosterontests en testosteronproducten die onder de bevoegdheid van het FAGG vallen in België, noch over de mate waarin die specifiek op jonge mannen zijn gericht.

Wat de diagnostische testen betreft, zijn er geen klassieke testosteronzelftesten in de Europese databank EUDAMED geregistreerd. Dat zal vanaf 25 mei wettelijk verplicht zijn. Er is wel een beperkt aantal onlinetestingservices geïdentificeerd, waarbij de gebruiker zelf een bloedstaal afneemt en dat vervolgens voor analyse naar een laboratorium opstuurt.

Testosterontesten zijn onderworpen aan de Europese wetgeving inzake in-vitrodiagnostische medische hulpmiddelen, de IVD's. Momenteel geldt een overgangsfase van de vorige IVD-richtlijn naar de nieuwe

IVD-verordening.

Zowel onder de vorige als onder de nieuwe regelgeving worden testosteronzelftesten door een *notified body* gecontroleerd, voordat ze in de handel kunnen worden gebracht. Voor professionele testosterontesten, die in een laboratorium worden gebruikt, is die verplichting tot controle door een *notified body* met de nieuwe IVD-verordening ingevoerd.

Het FAGG treedt in België op als bevoegde nationale autoriteit voor medische hulpmiddelen, maar heeft momenteel geen kennis van de in België gevestigde fabrikanten of aanbieders van dergelijke testosterontests. Op het niveau van de distributie is het bovendien niet altijd mogelijk om een volledig zicht te krijgen op wie deze testen via online kanalen aanbiedt. Het FAGG erkent dat online verkoopkanalen het toezicht bemoeilijken. Daarom zal het agentschap in de toekomst, in samenwerking met andere bevoegde overheden zoals de FOD Economie, sterker inzetten op de controle van onlineverkoop van medische hulpmiddelen, onder meer in het kader van bestaande initiatieven zoals PharmaWatch.

Alhoewel het FAGG kan optreden tegen websites die een link hebben met België en in ruimere zin via samenwerking met andere lidstaten ook binnen de Europese Unie, blijkt het in de praktijk onmogelijk om het grootste deel van deze websites daadwerkelijk te sluiten, aangezien ze zich meestal buiten de bevoegdheid van het FAGG bevinden. De inspectiediensten van het FAGG werken momenteel aan de uitwerking van een samenwerkingsprotocol met het Centrum voor Cybersecurity België, met als doel het Belgian Anti-Phishing Shield te kunnen inzetten. Daardoor zullen Belgische burgers die een dergelijke illegale website bezoeken automatisch worden doorgestuurd naar een waarschuwingspagina. Daarnaast wordt, in samenwerking met de douane, toezicht gehouden op de invoer van illegale geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Wanneer het gaat om specifieke gereguleerde stoffen, zoals testosteron, wordt steeds een proces-verbaal opgesteld en overgemaakt aan het bevoegde parket.

Ik kom tot uw derde vraag. Het FAGG kan alleen optreden wanneer er sprake is van onjuiste medische claims door aanbieders van dergelijke testen of tegen illegale medische hulpmiddelen of geneesmiddelen.

Wat uw vierde vraag betreft, een gecoördineerde aanpak tegen gezondheidsdesinformatie en onnodige medicalisering via sociale media vereist de samenwerking tussen verschillende beleidsniveaus en bevoegde overheden. Het is belangrijk om correcte, betrouwbare en begrijpbare gezondheidsinformatie tot de burger te krijgen. Het FAGG doet dat via FarmalInfo. Deze webtool biedt betrouwbare en begrijpbare informatie voor de Belgische burger over geneesmiddelen en andere gezondheidsproducten. Zo is er het thema 'Advies over het goed gebruik van zelftesten' gepubliceerd. In dat thema wordt onder andere nadrukkelijk gewezen op het feit dat men nooit een medische beslissing mag nemen na het uitvoeren van een zelftest zonder dat te bespreken met de arts of de apotheker. Een ander gepubliceerd thema, 'Geneesmiddelen kopen via internet: wees voorzichtig!' wijst dan weer op de gevaren van online aankopen van geneesmiddelen.

13.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, zoals steeds geeft u zeer onderbouwde antwoorden. Ik begrijp dat uw antwoorden binnen uw mogelijkheden vallen en dat er op papier al veel gebeurt. We kunnen er echter niet omheen dat er een maatschappelijke tendens is naar steeds meer onlineverkoop van medische hulpmiddelen die al dan niet gevalideerd zijn, zoals u zelf ook aangeeft.

Ik vond uw antwoord over het Centrum voor Cybersecurity België interessant, met name de mogelijkheid om illegale websites te onderscheppen en burgers daarover te informeren. Dat lijkt mij erg nuttig. Toch kan ik mij niet van de indruk ontdoen dat we moeten zoeken naar een grootschaligere campagne om mensen beter te informeren en te waarschuwen voor dit soort desinformatie en voor illegale producten op het internet.

Testosteron is één voorbeeld, maar dit geldt uiteraard voor veel meer geneesmiddelen of medische hulpmiddelen. Het risico is reëel dat de gevolgen daarvan uiteindelijk opnieuw in ons gezondheidssysteem terechtkomen, doordat patiënten nadien een arts moeten raadplegen wegens ongewenste effecten.

Mijn gevoel, mijnheer de minister, is dat de acties vandaag wat versnipperd zijn. Het lijkt mij dan ook

de moeite om verder te onderzoeken hoe we eventueel samen met de regio's op een grootschaligere manier met onze bevolking kunnen communiceren.

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

14 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het hoge gebruik en de afbouw van antidepressiva" (56013457C)

14 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'importante consommation d'antidépresseurs et le processus de sevrage" (56013457C)

14.01 Irina De Knop (Anders.): Net zoals de opioïden waarover we het daarnet hadden, zijn er een aantal geneesmiddelen die eigenlijk te veel worden gebruikt. Dat geldt ook voor antidepressiva. Blijkbaar zouden vorig jaar in ons land ongeveer 1,4 miljoen Belgen die geneesmiddelen hebben gebruikt. Een meerderheid daarvan bestaat uit mensen ouder dan 50 jaar. In die leeftijdsgroep kreeg ruim een op de vijf minstens één doosje voorgeschreven. Het gebruik ligt dus te hoog. Recent zou er ook een analyse zijn verschenen in *The Lancet Psychiatry*. Daaruit blijkt dat het veilig afbouwen van antidepressiva best gebeurt via een geleidelijke dosisvermindering over meerdere weken, gecombineerd met psychologische ondersteuning. Daarnaast wijzen psychiaters erop dat een aanzienlijk deel van de gebruikers mogelijk beter geholpen zou zijn met begeleiding of psychotherapie. Lange wachttijden en tijdsdruk in de eerste lijn leiden echter vaak tot een eerder medicamenteuze aanpak.

Vandaar mijn vraag of werd onderzocht in welke mate de invoering en uitbreiding van de terugbetaling van psychologische eerstelijnszorg ook heeft geleid tot een daling van het gebruik van antidepressiva. Hebt u cijfers die aantonen dat patiënten die gebruikmaken van psychologische hulp minder of korter antidepressiva gebruiken? Daarnaast wil ik ook vragen hoe u de impact evalueert van de lange wachttijden bij klinisch psychologen die niet onder het ELP-systeem werken, waardoor patiënten geen terugbetaling genieten. Overweegt u, gelet op de grote noden en de lange wachttijden, om ook consultaties bij niet-geconventioneerde klinisch psychologen (gedeeltelijk) terug te betalen?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dit is een belangrijke en interessante probleemstelling. Een recente studie van de CM toont dat de overeenkomst met betrekking tot de psychologische eerstelijnszorg een duidelijke impact op het gebruik van antidepressiva heeft. Van de patiënten die voor het ELP-traject medicatie namen, stopte 21 % tijdens het traject en ervaaarde daarna ook geen behoefte meer, 18 % stopte nadien en 28 % nam na afloop van het traject geen antidepressiva meer en zocht ook geen ondersteuning bij de ELP meer.

Tegelijkertijd startte een beperkte groep patiënten zonder eerdere medicatie toch met antidepressiva. Dat was 10 % tijdens het traject en 4 % na het traject. Hieruit blijkt toch dat de ELP-werking voor veel mensen een soort toegangspoort tot de geestelijke gezondheidszorg is.

Dat blijkt ook uit andere rapporten. Solidaris heeft daarover ook een rapport gemaakt. Het blijkt ook daar uit eerdere evaluatieonderzoeken.

Mevrouw De Knop, ik heb in het verleden al enkele keren verwezen naar de EPCAP-studies, onder leiding van professor Ronny Bruffaerts. Sinds 2025 loopt er een nieuwe evaluatie, EPCAP 3, onder leiding van de KU Leuven en professor Bruffaerts, die de impact op zorg en met name ook op het medicatiegebruik opnieuw in kaart zal brengen. Ik denk dat we dan een zeer gedegen analyse zullen hebben.

Het is hoe dan ook belangrijk dat we dit laagdrempelige aanbod van psychologische eerstelijnszorg verder uitbouwen en versterken via de ELP-conventie. We investeren daar dit jaar ook in. De ELP-uitgaven nemen zeer sterk toe.

Ik heb die cijfers eerder al gegeven, maar ik wil ze toch nog eens herhalen: 25 miljoen euro in 2021 en bijna 206 miljoen euro in 2025. Ik heb het dan over de feitelijke uitgaven op basis van de huidige gegevens. Dat groeit tot 252 miljoen euro in 2026. Dat is dus nog eens een kwart erbij.

Ik denk dat dit een hele goede basis is om onder meer het verkeerde gebruik van antidepressiva aan te pakken, maar vooral ook om een alternatieve oplossing te bieden voor mensen. Ik denk dat we die weg even verder moeten inslaan en dat we dit verder moeten versterken.

U weet ook dat ik een aanbod aan de huisartsen heb gedaan om klinische psychologen vanuit die ELP-conventie in te zetten als ondersteuning voor de huisarts. Er is echt nog budgettaire ruimte. Ik wil de huisartsen die de mogelijkheid hebben om in hun praktijk of op een andere manier een rechtstreekse samenwerking te organiseren, echt oproepen om geconventioneerde klinische psychologen in te zetten ter ondersteuning.

Er zit in uw vraag een beetje de suggestie om ook buiten de conventie – waarbinnen de klinisch psychologen bedoeld worden voor hun activiteiten doordat we hun consultaties terugbetalen – met terugbetalingen te beginnen. Ik zou dat liever niet doen, omdat die conventie niet alleen het aanbod financieel toegankelijk maakt maar het ook structureert en goed probeert te richten en omdat ze de klinisch psychologen bepaalde taken meegeeft, zoals outreachend werken of groepssessies organiseren. Het is dus meer dan gewoon hun sessies terugbetalen voor hun klanten, hun patiënten. Het is meer dan dat, wat we daar doen. Gewoon meer sessies terugbetalen van eender welke klinisch psycholoog is onvoldoende sterk als beleid, meen ik, om nu te beslissen.

Présidente: Ludivine Dedonder.

Voorzitster: Ludivine Dedonder.

14.03 Irina De Knop (Anders.): Bedankt voor uw uitgebreide antwoord.

Precies omdat het budget zo groeit, van 25 miljoen euro naar 255 miljoen euro in 2026, moeten we het grondig evalueren. Zeker het gebruik van antidepressiva kan een van de indicatoren zijn die aangeven of het beleid werkt, ja of neen.

U verwees naar een aantal studies die lopen of nog moeten komen. Ik zal de EPCAP-studie zeker verder opvolgen. Ik hoop dat daarin ook de impact van het gebruik van antidepressiva meegenomen zal worden.

Kortom, dit is iets om verder op te volgen. Ik kende het aanbod voor huisartsen niet. Dat is inderdaad interessant. U zegt te hunner ondersteuning, maar ik meen dat u dan bedoelt ter ondersteuning van de patiënten in hun praktijk?

Als dit aanbod niet wordt aangenomen, moet zeker verder onderzocht worden welke de redenen zijn. Ik kan me namelijk niet voorstellen dat de huisartsen niet doordrongen zijn van het belang van psychologische ondersteuning voor heel wat patiënten. Misschien is het nuttig om eens te informeren naar de reden waarom het aanbod niet wordt aangenomen.

14.04 Minister Frank Vandenbroucke: Vaak is het zo dat men aan de basis nog niet voldoende op de hoogte is. Hoewel de organisaties het bekend hebben gemaakt, weten huisartsen dit vaak niet. Vaak speelt ook de gedachte dat men hiervoor ruimte moet hebben in de praktijk. Niet iedereen beschikt echter over de fysieke ruimte om dit te realiseren.

Er bestaan echter ook alternatieve vormen van samenwerking tussen huisartsenpraktijken en netwerken geestelijke gezondheidszorg. Ik roep de huisartsen op om hierover echt in overleg te gaan met de provinciale netwerken.

14.05 Irina De Knop (Anders.): Ik wil daar graag nog even op reageren.

Dat zijn inderdaad elementen waarmee verder kan worden gewerkt. De vraag rijst waarom huisartsen het onvoldoende kennen en waarom er ruimte beschikbaar zou moeten zijn, want hiervoor kunnen inderdaad andere samenwerkingsvormen worden uitgewerkt. Daarnaast is de vraag of er – ik heb daarover geen cijfers, dus we moeten dat verder analyseren – voldoende klinisch psychologen beschikbaar zijn om aan deze vraag tegemoet te komen. Dat is ook een bijkomende bezorgdheid.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De federale quota voor (tand)artsen" (56013459C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bepaling van de quota voor artsen" (56013466C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bepaling van de artsenquota" (56013494C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bepaling van de artsenquota" (56013936C)

15 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les quotas fédéraux de médecins et de dentistes" (56013459C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fixation des quotas pour les médecins" (56013466C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fixation du quota de médecins" (56013494C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fixation du quota de médecins" (56013936C)

15.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de Planningscommissie-medisch aanbod bereidt momenteel een nieuw advies voor met betrekking tot de artsen- en tandartsenquota voor 2032-2033. Dat zijn met andere woorden de RIZIV-nummers voor de studenten die dit en volgend jaar aan de opleiding geneeskunde beginnen. We horen dat het advies in enkele weken tijd moet worden opgesteld.

Vlaanderen heeft zich de voorbije jaren consequent gehouden aan de afgesproken instroom en de federale quota, terwijl aan Franstalige zijde historische overschotten zijn opgebouwd. Bovendien hebt u in de vorige legislatuur de wettelijke verdeling van artsen op basis van het bevolkingsaantal in beide gemeenschappen geschrapt, met andere woorden de 60/40-verdeling. Daarnaast moet de Vlaamse regering ten laatste tegen 1 maart de startquota vastleggen, waarmee het toelatingsexamen aan Vlaamse kant de instroom in de opleiding bepaalt.

Beschikt u al over het advies van de Planningscommissie? Zo niet, tegen wanneer verwacht u dat? Zult u daarbij rekening houden met het Vlaamse startquotum, dat ondertussen is vastgelegd?

Ten tweede, welke methodologie en parameters zijn gebruikt voor de berekening van de toekomstige quota? Welke aanpassingen zijn gebeurd ten opzichte van de eerder vastgelegde quota? Zijn die aanpassingen op wetenschap gestoeld of worden ze op basis van expertenopinie bepaald?

Ten derde, indien het advies afwijkt van een verdeling op basis van bevolkingsaantal, zult u dan binnen de regering rekening houden met die parameter, met andere woorden met de 60/40-verhouding?

Ten vierde, in welke mate wordt er in het advies rekening gehouden met het historische onevenwicht tussen de deelstaten wat betreft de naleving van de quota?

Ten vijfde, in welke mate worden eerdere overschrijdingen of tekorten meegenomen in de berekeningen? In welke correctiemechanismen wordt voorzien om eventuele scheeftrekkingen recht te zetten?

Ten zesde, klopt het dat de vertegenwoordigers van de gemeenschappen geen stemrecht hebben in de Planningscommissie, terwijl uw eigen vertegenwoordigers wel stemrecht hebben? Wat is uw visie daarover?

Tot slot, tegen wanneer plant u de definitieve vastlegging van de nieuwe quota?

15.02 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, mijn vragen sluiten aan bij de vragen van mevrouw Gijbels, maar zijn niet volledig identiek. Wij hebben ons vooral gericht op het feit dat België onder het OESO-gemiddelde ligt wat betreft het aantal artsen en bovendien een stuk lager uitkomt dan Duitsland, Denemarken en Zweden op het vlak van aantal artsen per duizend inwoners. Daarom willen

we aan de minister vragen of hij bij het opstellen van het advies en de beslissing rekening zal houden met het gegeven dat er in België verhoudingsgewijs minder artsen zijn dan in onder meer Duitsland, Denemarken en Zweden, en hoe daarmee zal worden omgegaan, gezien de groeiende vergrijzing in de komende jaren.

Daarnaast willen we weten of bij het vaststellen van de quota rekening wordt gehouden met het feit dat Vlaanderen in de afgelopen jaren minder artsen heeft opgeleid dan de quota toestonden.

Tot slot hebben we nog een vraag over de huisartsen, waar duidelijk een tekort bestaat. Vlaanderen heeft blijkbaar een methode ontwikkeld om het tekort per zorgregio in kaart te brengen. De vraag is of daarmee rekening zal worden gehouden bij het opstellen van het advies en de beslissing van de minister.

Bovendien vernam ik onlangs dat bij het opstellen van de quota geen rekening wordt gehouden met de cohorte van arbeidsartsen die nodig zijn. Gezien de problematiek van de vele langdurig zieken is ook dat een actueel thema. Als de minister onmiddellijk kan antwoorden op de vraag in welke mate dat in de overwegingen wordt meegenomen, dan verneem ik dat graag.

15.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de situatie is al geschetst. We sluiten ons graag aan bij de collega die stelde dat we kampen met een tekort aan huisartsen en in het algemeen een tekort aan artsen.

50 tot 60 % van de Belgische huisartsen neemt momenteel geen nieuwe patiënten meer aan. Ook internationaal gezien ligt het aantal artsen bij ons relatief laag, namelijk 3,4 artsen per 1.000 inwoners.

Dat heeft uiteraard een grote impact op de zorg. Een deel van de patiënten heeft geen toegang meer tot de eerstelijnszorg. Dat tekort verhoogt bovendien de werkdruk voor het andere zorgpersoneel, zoals spoedverpleegkundigen, maar ook voor specialisten.

Ondanks dat tekort wordt er nog altijd gewerkt met een quotum. Dat werd destijds ingevoerd om het artsenbestand te beperken. Op dat moment waren er namelijk veel artsen met te weinig patiënten en een te laag inkomen, waardoor ze soms onnodige onderzoeken begonnen uit te voeren. Het quotum was dus een manier om de uitgaven onder controle te houden, dus een besparingsmaatregel.

Dat weerspiegelt zich vandaag nog altijd in de manier waarop de Planningscommissie-medisch aanbod de quota vastlegt. De huidige planning voor het aantal artsen schiet tekort, omdat ze niet vertrekt van de reële noden van de bevolking en ook geen voldoende planmatige geografische spreiding garandeert.

De enige manier om aan het tekort aan artsen tegemoet te komen en te zorgen voor een goede spreiding, zodat we echt kunnen vertrekken van de noden van de bevolking, bestaat erin een einde te maken aan de contingentering. Daarmee hangt ook de prestatiegeneeskunde samen, want die elementen zijn natuurlijk met elkaar verbonden.

Mijn vraag is dan ook of u niet vindt dat het beter zou zijn te vertrekken van de reële zorgnoden van de bevolking. Daarnaast zijn meer opleidingscentra nodig in de afgelegen gebieden, waar er meer tekorten bestaan, om zo meer artsen aan te sporen zich daar te vestigen.

15.04 Minister Frank Vandenbroucke: Bedankt. Ik zal de vragen gebundeld beantwoorden.

De Planningscommissie-medisch aanbod werkt momenteel aan een nieuw advies over de artsenquota voor 2032-2033. We verwachten dat advies tegen het einde van april. Het vertrekt van een wetenschappelijk onderbouwd planningsmodel, dat zowel het huidige medische aanbod als de toekomstige zorgbehoeften analyseert. Daarbij wordt rekening gehouden met verschillende parameters, zoals de instroom van afgestudeerden, evoluties in de arbeidsduur en inactiviteit en demografische ontwikkelingen, waaronder de vergrijzing van de bevolking. Ook wordt een scenario uitgewerkt waarin de instroom van volledig in het buitenland opgeleide artsen en de impact daarvan op de quota wordt meegenomen, zoals ook in het regeerakkoord is bepaald.

Wat internationale vergelijkingen betreft, is voorzichtigheid geboden omdat definities en afbakeningen

tussen landen verschillen. Volgens de recentste update van het activiteitenrapport van de Planningscommissie bedroeg het aantal actieve artsen in de gezondheidszorg in België in 2023 ongeveer 3,9 per 1.000 inwoners wanneer men, zoals de OESO doet, ook artsen zonder accreditatie en artsen in opleiding meerekent. Dat is in overeenstemming met de aantallen in onze buurlanden, zoals Frankrijk en Nederland.

Bij de berekening van de toekomstige quota vertrekt het model steeds van de actuele situatie op de arbeidsmarkt binnen elke gemeenschap. Daardoor worden ook eerdere afwijkingen ten opzichte van de quota meegenomen in de analyse. Zo wordt bijvoorbeeld rekening gehouden met het feit dat de Vlaamse regering de voorbije jaren, tot mijn zeer grote spijt, minder artsen heeft opgeleid dan het toegelaten quotum. Dat is zeer jammer en eigenlijk zeer dom. Het is echter gebeurd en we houden daarmee rekening, zodat eerdere overschrijdingen of tekorten in de projecties kunnen worden geïntegreerd en op termijn worden bijgestuurd.

Het model houdt bovendien niet alleen rekening met bevolkingsaantallen, maar vooral met zorgbehoeften, die sterk kunnen verschillen naargelang leeftijdsgroep of specialisme. Analyses van de gemeenschappen, bijvoorbeeld over het tekort aan huisartsen in bepaalde regio's, kunnen daarbij de reflectie voeden. Tegelijk moet de federale planning gebeuren binnen een coherent methodologisch kader en met respect voor de bevoegdheidsverdeling tussen de verschillende bestuursniveaus.

Om de betrokkenheid van de gemeenschappen te versterken, wordt ook de samenstelling van de Planningscommissie aangepast, zodat zij voortaan stemgerechtigde vertegenwoordigers kunnen aanduiden. Daarnaast participeren alle leden al actief in de werkgroepen, waar het inhoudelijke voorbereidende werk gebeurt.

Na ontvangst van het definitieve advies van de Planningscommissie zal de regering de nieuwe quota vastleggen, rekening houdend met het advies en met de wetenschappelijke parameters waarop het model steunt.

Ik wil niets liever dan een zeer grondig overleg met de collega's in de deelstaten, die daarin ook eigen bevoegdheden hebben, met name het vastleggen van subquota en het aanbrengen van eigen inzichten die belangrijk zijn. Ik wil dus graag zeer goed overleggen met alle collega's in de deelstaten op basis van wetenschappelijke evidentie en adviezen.

15.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb de indruk dat ik meer vragen had dan dat er antwoorden zijn gegeven. Ik moet toegeven dat ik ook niet echt ben gerustgesteld.

Ik wil nog eens terug naar de voorgeschiedenis. Het systeem van het beperken van de RIZIV-nummers bestaat sinds 1996. We vieren dus dit jaar eigenlijk de 30-jarige verjaardag van dat systeem, maar volgens mij valt er niet zoveel te vieren. We hebben ook, met dank aan mijn collega's uit het verleden, met N-VA decennialang gevochten voor een eerlijke toepassing van het systeem van de contingentering. We hebben evenwel ook gezien dat in de loop van de geschiedenis de verschillende ministers, minister Onkelinx, minister De Block, maar ik vrees ook u, allemaal telkens opnieuw de Vlamingen in de steek hebben gelaten en de Walen eigenlijk hun zin hebben laten doen. Ondertussen zijn meer dan 2.000 van die RIZIV-nummers van de toekomst opgebruikt door de Franstaligen en is er nooit een systeem geweest waarbij zij die hebben moeten afbetalen. Dat gaat ten koste van ons zorgsysteem. Tijdens Vivaldi, de vorige regeerperiode, is ook nog eens die 60/40-verhouding losgelaten, waardoor we nu echt geen garanties meer hebben.

Dit academiejaar hebben we opnieuw gezien dat er veel te veel Waalse studenten zijn mogen beginnen aan hun opleiding, 50 % te veel. Ze hebben zich met andere woorden weer niets aangetrokken van die quota. Ze baseren zich op parameters die volgens mij niet wetenschappelijk onderbouwd zijn, waarvan ik denk dat het nattevingerwerk is. Zij beweren dat zij dat kunnen verantwoorden, want in Wallonië wordt er minder gewerkt dan in Vlaanderen.

Volgens wat ik hoor – dat is evenmin geruststellend – is de Planningscommissie van plan om opnieuw een heel sterke stijging toe te laten voor de Franstaligen wat betreft het aantal RIZIV-nummers. Met andere woorden, ze worden opnieuw beloofd.

Ik hoop maar dat u op uw strepen blijft staan in de regering en blijft hameren op die 60/40-verdeling.

Zo niet kunnen we dat als Vlaanderen ook echt niet meer blijven verdedigen. We blijven voorstander van een contingent, maar als afspraken niets waard blijken te zijn, moeten we echt onze conclusies trekken.

15.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, sta me toe om daarop nog even te reageren. Ik luister goed naar wat u zegt, met veel respect, maar ik heb de indruk dat u een station hebt overgeslagen. Eindelijk is het in de vorige legislatuur gelukt om ook in Franstalig België een duidelijk systeem van beperking van de toegang te krijgen op basis van een objectief examen, wat cruciaal is voor de kwaliteit van de opleidingen, ook in Franstalig België. Eindelijk is dat gelukt.

In de vorige legislatuur heb ik hier ook al tientallen keren uitgelegd dat u het verkeerd voor hebt met heel die discussie over de 60/40-verdeling.

Overigens, het regeerakkoord van een regering waarin u nu als partij participeert, consolideert duidelijk dat wij die afspraken hebben gemaakt en dat wij nu echt naar overleg tussen de regio's willen gaan. U moet nu dus wel uitmaken of u wilt blijven steken in een verhaal van vijf jaar geleden, alsof dat overleg niet wordt georganiseerd, alsof er langs de Franstalige kant geen beperking is en alsof die 60/40-verhouding beter zou zijn voor Vlaanderen, quod non.

U hebt dus de keuze tussen ofwel een oorlogje te voeren op basis van feiten van vijf jaar geleden ofwel uit te gaan van een nieuwe realiteit, al is die niet perfect en al is er werk aan. Wij zullen in die nieuwe realiteit, die u mee ondersteunt met het nieuwe regeerakkoord, proberen met elkaar ernstig overleg te hebben.

15.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, het is toch nog altijd mijn mening dat als er 50 % extra studenten worden toegelaten tot de opleiding, wat verantwoord wordt door een verliesformule die volgens mij kant noch wal raakt, dat de facto wil zeggen dat men zich gewoon niet aan de quota houdt.

Als ik moet geloven wat nu op tafel ligt in de Planningscommissie, dan zal dat neerkomen op niet langer een 60/40-verhouding maar op een 53/47-verhouding. Dat mogen we absoluut niet accepteren. Ik hoop dat u ter zake ook de belangen van de Vlaamse studenten zult verdedigen.

15.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de koppigheid van de heer Weyts om vooral niet te willen overleggen met de federale regering in de vorige legislatuur, heeft ervoor gezorgd dat meerdere tientallen jonge Vlamingen niet konden beginnen, omdat hij niet de quota heeft gevolgd die werden voorgelegd. Dat is het resultaat van zijn onwil om te overleggen. Ik hoop dat het met de huidige Vlaamse regering anders zal zijn.

15.09 **Irina De Knop** (Anders.): Ik vind het interessant om te zien hoe goed de sfeer is binnen Arizona. De discussie over de quota is dan een van de zovele discussies.

Mevrouw Gijbels, wij maken geen deel uit van de meerderheid, maar als ik hoor dat men er in Vlaanderen niet in slaagt om voldoende studenten toe te laten volgens de quota waarover men beschikt, dan vind ik dat u hier een nummertje opvoert. Persoonlijk vind ik dat we de discussie over de quota eens ten gronde zouden moeten voeren als u hier zegt – blijkbaar beschikt u over informatie die ik niet heb – dat men in Wallonië 50 % meer toelaat dan wat volgens de quota mogelijk is, wat betekent dat men in Wallonië misschien slimmer is dan in Vlaanderen. De realiteit is immers dat niet iedereen die de opleiding volgt en zelfs erin afstudeert, ook daadwerkelijk in het artsensberoep terechtkomt. Misschien moeten we dat ook maar eens meenemen langs Vlaamse zijde.

Ik hoor jammer genoeg niets over Brussel. Ik heb geen idee wat u daarmee doet. Nochtans hebben we nog altijd een universitair ziekenhuis in Brussel dat ook mensen opleidt. Ik hoop dat daarmee ook voldoende rekening wordt gehouden.

Mijnheer de minister, in elk geval, laat de waakzaamheid van uw coalitiepartners een oproep zijn om met de grootste zorgvuldigheid de quota vast te leggen en vooral niet de benedengrens te hanteren, maar eerder naar een bovengrens te kijken, zodat we voldoende artsen blijven hebben, ook in de toekomst, want ons zorgsysteem heeft daar terdege nood aan.

15.10 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik wil nog even aanstippen dat veel

studenten die aan die studies wensen te beginnen soms jaar na jaar proberen. Een aantal studenten volgt een heel jaar lang privéles, wat zorgt voor een selectie op basis van socio-economische achtergrond, aangezien niet iedereen vanaf dezelfde startlijn begint. Zo'n voorbereidend jaar en privélessen zijn duur en het niveau en de werkomstandigheden van scholen verschillen. Vanuit socio-economisch standpunt bekeken bestaat er dus ongelijkheid in wie arts kan worden. Dat zijn allemaal extra argumenten voor onze visie dat iedereen die wil starten aan de studie, ook moet kunnen starten.

Daarom pleiten wij voor het stopzetten van het contingent en het uitgaan van de reële zorgnoden van de bevolking, niet van een budgettair plaatje. Wij gaan uit van een globale visie op de zorg, waarbij preventie, onderzoek en onderwijs worden geïntegreerd en waarbij elke burger echt toegang heeft tot kwaliteitszorg, want nu is dat op papier geregeld, maar niet in de feiten, wat valt af te leiden uit de patiëntenstops en de wachtlijsten.

Voor ons is het simpel: stop daar gewoon mee.

15.11 Frieda Gijbels (N-VA): Ik wil eindigen met een positieve noot. Ik denk dat nog niets verloren is. Ik denk dat de minister zijn punt in de regering nog kan maken. Ik hoop dat hij dat ook zal doen en dat hij op een correcte verdeling zal hameren. Ik hoop dat hij nog een afspraak kan maken over de verliesformule, die volgens mij in Wallonië echt niet op een correcte manier wordt gehanteerd.

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

16 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verschuiving van CT- naar MRI-scans" (56013488C)

16 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le passage des CT-scans vers les IRM" (56013488C)

16.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, we hebben vernomen dat u werkt aan maatregelen om een deel van de CT-scans te verschuiven naar MRI-scans, onder meer vanuit de bekommernis om het stralingsrisico voor patiënten te beperken. Tegelijk stellen wij vast dat het stralingsniveau bij CT-onderzoeken de voorbije jaren sterk is gedaald, onder meer door technologische innovaties en het gebruik van artificiële intelligentie bij beeldreconstructie. Daarnaast zijn er een aantal belangrijke praktische verschillen tussen beide technieken. Er is een groot verschil in duurtijd tussen een CT-scan en een MRI-onderzoek. Vandaag lopen de wachttijden voor een MRI-onderzoek in sommige regio's al op tot 4 à 6 maanden. Een verdere verschuiving van CT naar MRI dreigt deze wachttijden nog te verlengen.

Mijnheer de minister, hoe evalueert u de impact van de geplande verschuiving van CT- naar MRI-scans op de wachttijden voor medische beeldvorming? Welke maatregelen voorziet u om bijkomende capaciteit en voldoende gespecialiseerd personeel te garanderen? Overweegt u, naast investeringen in extra MRI-capaciteit, ook financiering voor innovatieve CT-toepassingen die de stralingsbelasting verder beperken en mogelijk ook besparingen kunnen opleveren? Binnen welke termijn verwacht u dat de beoogde hervorming gerealiseerd kan worden, zonder dat dit leidt tot langere wachttijden of een verminderde toegankelijkheid voor patiënten?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, we zijn het erover eens dat de medische beeldvorming op een evidencebased wijze moet worden toegepast. Dat betekent niet noodzakelijk enkel maar een verschuiving van CT naar NMR, met een impact op de wachttijden. Het gaat eigenlijk over de vraag of het totaal volume aan aangevraagde onderzoeken terecht is. Als een onderzoek niet nodig is, dan moet er immers ook niemand in de rij wachten.

Zo zien we dat ondanks bestaande richtlijnen en nationale sensibiliseringsinitiatieven het volume onnodige CT-onderzoeken hoog blijft. Recente resultaten van het EU-JUST-CT-project bevestigen dat een aanzienlijk aandeel CT-scans van ledematen en wervelkolommen niet gerechtvaardigd is. Op basis daarvan voorziet een ontwerp-koninklijk besluit een beperking van de terugbetaling van de wervelkolom-CT's tot specifieke medische specialismen.

De implementatie van het project Prescription Search Support for Radiology (PSSR) is gepland tegen het einde van dit jaar en moet helpen het aantal niet-passende beeldvormingsonderzoeken te

verminderen. Na evaluatie van de impact van PSSR op CT- en MRI-onderzoeken en na de ingebruikname van 20 extra NMR-toestellen die de regionale verschillen moesten reduceren, zal worden beoordeeld of een verdere bespreking over de uitbreiding van de NMR-capaciteit aangewezen is.

Ten slotte tonen de gegevens van het Federaal Agentschap voor Nucleaire Controle (FANC) dat het aantal CT-scans sneller stijgt dan de gemiddelde dosis per scan daalt, waardoor de stralingsbelasting voor de bevolking netto toeneemt. Dat is niet goed, ook niet voor de volksgezondheid.

16.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, u hebt enigszins naast mijn vragen geantwoord. U zegt dat er te veel onderzoeken worden gedaan en dat er op zich geen discussie is tussen CT versus MRI. Ik had dat helemaal anders begrepen en heb daarover ook andere signalen ontvangen.

De vraag is, mijnheer de minister, hoe men beoordeelt of een CT-scan wel of niet nodig of wenselijk was. Dat behoort toch net tot de medische beoordeling van een arts die daarvoor is opgeleid? U gaat er altijd van uit dat men dat te onzorgvuldig doet. Waarop baseert u zich om dat te zeggen? Als dat zo is, moeten we dat dan niet beter opnemen in de opleiding van artsen, in plaats van hen daar achteraf voor te culpabiliseren?

Daarnaast moeten we rekening houden met het feit dat de patiënten van vandaag niet meer de patiënten van gisteren zijn. Mensen vragen/eisen soms verder onderzoek. We moeten onze artsen de nodige instrumenten geven om daarmee om te gaan. Het is dus niet altijd een zwart-witverhaal.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 56013510C et 56013512C de Mme Eggermont sont reportées.

17 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek" (56013517C)

17 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des dispositifs médicaux de diagnostic in vitro" (56013517C)

17.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, in-vitrodiagnostiek is een essentieel onderdeel in de diagnose van een aandoening. Zo zijn 60 tot 70 % van de beslissingen van artsen mede gebaseerd op resultaten van een IVD. Voor de meeste testen gebeurt de terugbetaling via een technische prestatie in de nomenclatuur. Een reeks andere testen zijn onderdeel van een conventie.

De terugbetaling van IVD-testen is complex en tijdrovend omdat een dossier moet worden voorgelegd aan een reeks van organen: de Technisch Geneeskundige Raad, mogelijks een voorstel tot terugbetaling door de TGR-werkgroep, de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen, de Commissie voor begrotingscontrole en het Verzekeringscomité. Dat is dus een veel te lange weg om efficiënt te zijn, die vandaag tot 1.000 dagen of langer duurt.

Sinds 1 september 2025 zijn de richttermijnen voor de terugbetaling on hold geplaatst. Dat zal volgens het RIZIV zo blijven tot de inwerkingtreding van de nieuwe nomenclatuur voor de klinische biologie. Ondertussen worden er ook geen beoordelingsrapporten meer opgesteld. Nochtans kunnen diverse innovatieve testen kostenbesparend zijn omdat zij bijvoorbeeld onnodige bijkomende consultaties kunnen vermijden.

Ik heb dan ook een aantal vragen, mijnheer de minister.

Waarom is er besloten om sinds september 2025 de richttermijnen en beoordelingsrapporten volledig te schrappen?

Op welke datum plant uw administratie de inwerkingtreding van de nieuwe nomenclatuur voor klinische biologie ?

Hoe verklaart u dat er de afgelopen vijf jaar slechts vijf IVD-testen zijn terugbetaald? Erkent u dat dit de innovatie in de diagnostiek de facto stilletje?

Waarom worden de verslagen en de wetenschappelijke argumentatie van de werkgroep klinische biologie niet gedeeld met de aanvragers? Kunnen de aanvragen van de vijf goedgekeurde IVD-testen niet gedeeld worden?

Zult u de administratie de opdracht geven om bij elke negatieve beslissing een wetenschappelijke en economische verantwoording te leveren aan de aanvrager, zodat hij daaruit kan leren en daarmee verder kan werken?

Wat is uw standpunt over de invoering van een *fast access procedure* voor IVD, waarbij nieuwe tests voorlopig worden terugbetaald in ruil voor dataverzameling?

Hoe waarborgt u dat er voldoende expertise van klinisch biologen, pathologen of genetici aanwezig is in de werkgroep klinische biologie?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste, de huidige prioriteit van het RIZIV is inderdaad de hervorming van de toekomstige nomenclatuur. Omwille van personeelsgebrek was het niet mogelijk om de informele IVD-procedure op dezelfde manier als voorheen voort te zetten.

Alle modaliteiten van de huidige procedure zijn echter te vinden via de volgende link: professionals, andere professionals, fabrikanten en verdelers van medische hulpmiddelen, terugbetaling van de medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek, IVD.

Ten tweede, de nieuwe nomenclatuur voor klinische biologie zal tegelijk met de nieuwe nomenclatuur voor alle medische verstrekkingen worden geïmplementeerd. Dat duurt dus nog wel even.

Ten derde, het creëren van nieuwe verstrekkingen in de klinische biologie is een proces dat vrij lang kan duren. De terugbetalingsvoorwaarden worden namelijk vastgelegd via een koninklijk besluit, na behandeling door de verschillende overlegorganen van het RIZIV, net als voor de andere verstrekkingen van de nomenclatuur van medische verstrekkingen. De voorwaarden worden vastgelegd op basis van wetenschappelijke richtlijnen, epidemiologische gegevens en het beschikbare budget.

Opgemerkt moet worden dat de werkgroep klinische biologie van de Technisch Geneeskundige Raad bij het creëren van nieuwe prestaties van het beschikbare budget afhankelijk is. In tijden van besparingen in de sector geeft dit weinig ruimte voor innovatie.

Ten vierde, de documenten die voortkomen uit de overlegorganen voorafgaand aan het Verzekeringscomité, worden volgens de interne afspraken vertrouwelijk behandeld. Delen van een aanvraag voor terugbetaling van een bepaalde firma zou een commercieel voordeel kunnen betekenen voor andere firma's die gelijkaardige IVD's ontwikkelen. Als een IVD wordt besproken, wordt het type IVD wel gedeeld met vertegenwoordigers van de commissie Klinische Biologie en beMedTech.

Ten vijfde, ook in de huidige procedure is bepaald dat de aanvrager op regelmatige tijdstippen een gemotiveerde toelichting over de voortgang van het dossier krijgt. Ook als een aanvrager een negatieve beslissing krijgt, wordt de reden aan de aanvrager meegedeeld.

Ten zesde, deze piste werd in het verleden al besproken tussen de directie en vertegenwoordigers van beMedTech. Dit zou echter een grondige aanpassing van de financiering van de klinische biologie vragen en kunnen leiden tot ongelijkheid met andere aanvragen van nomenclatuurwijzigingen in dit domein, die via andere wegen worden ingediend. Deze piste werd niet aangehouden.

Ten zevende, de samenstelling van de werkgroepen van de TGR is bij koninklijk besluit vastgelegd. Deze bestaat uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen, de artsenvakbonden en de universiteiten. Elke bank is dus verantwoordelijk voor het aanstellen van de persoon die zij het meest voor deze functie geschikt acht.

Indien nodig doet de werkgroep echter een beroep op de betrokken beroepsverenigingen en artsen die

deskundig zijn op het gebied van de lopende dossiers.

17.03 Irina De Knop (Anders.): U sprak over resultaat, maar er is toch wel een standstill. U hebt gezegd dat het wachten is op de hervorming van de nomenclatuur in zijn algemeenheid. Dat kan dus nog wel even duren. Ik leid daaruit af dat er geen geld is voor innovatie. Intussen blijven heel wat patiënten in de kou staan. Voorts kunnen belangrijke innovaties daardoor niet getest en in omloop gebracht worden, waardoor ook geen informatie over de effectiviteit ervan kan worden verzameld. Er zijn dus wel wat gemiste kansen. Ik vraag u daarom om dat toch nog eens grondiger te bekijken, opdat er toch vooruitgang geboekt kan worden in afwachting van uw nomenclatuurreformering.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van trazodon" (56013537C)

18 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de la trazodone" (56013537C)

18.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, mijn vraag gaat over een bijzonder geval van de algemene vraag die mevrouw De Knop daarnet stelde, namelijk de terugbetaling van een welbepaald antidepressivum, trazodon. Een statistische analyse van de gegevens van het RIZIV lijkt er immers op te wijzen dat er sprake is van oneigenlijk gebruik. Ik verklaar mij nader.

Het gebruik van trazodon blijkt al jaren te stijgen. Tussen 2013 en 2024 is het aantal unieke patiënten met meer dan 40 % toegenomen. Het opvallende daarbij is het volgende. Trazodon is het antidepressivum met het grootste aantal unieke patiënten, maar wat de terugbetaalde dosis betreft, staat trazodon slechts op de zesde plaats. Er zijn dus veel meer patiënten voor veel minder dosissen.

Volgens het BCFI en een aantal onafhankelijke studiefondsen wijst dat erop dat trazodon wordt voorgeschreven en terugbetaald in lage dosissen om bijvoorbeeld slaapproblemen aan te pakken, maar dus niet om depressie te bestrijden. Dat is opmerkelijk, omdat er geen overtuigend wetenschappelijk bewijs is dat het middel op die manier kan werken en omdat er toch een aantal ernstige bijwerkingen zijn.

Het RIZIV gaf in 2024 9 miljoen euro uit aan de terugbetaling van trazodon. Dat is dus een substantieel bedrag. Daarom achtte ik het de moeite om even op de kwestie in te zoomen en een aantal vragen aan u te stellen.

De eerste vraag is natuurlijk eenvoudig. Deelt u de statistische analyse die ik daarnet heb geschetst of is er toch een verklaarbare reden voor de discrepantie? Mocht u die analyse delen en mocht het om een vorm van oneigenlijk gebruik gaan, zult u dan ook kijken naar de terugbetalingsmodaliteiten van het geneesmiddel, zeker gelet op het feit dat wij in de sector naar een aantal besparingen zoeken? Waar mikken wij desgevallend op?

Ik heb nog een andere vraag. Gezien het vermoeden dat het middel wordt gebruikt om slaapproblemen te behandelen, denkt u aan andere maatregelen om dat probleem aan te pakken? Dat is immers ook een probleem. Moet er bijvoorbeeld niet meer worden ingezet op de organisatie en de terugbetaling van evidencebased slaapprovingen, zodat ze voor iedereen en in het hele land toegankelijk zijn? Hebt u plannen op dat vlak?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Om te beginnen wil ik de vaststellingen van het BCFI zeker niet betwisten. Onze eigen analyse bevestigt dat trazodon in België gemiddeld in veel lagere dosissen wordt gebruikt dan de dosis voor de geregistreerde indicatie depressie. Dat wijst erop dat het vaak buiten die indicatie wordt voorgeschreven, vermoedelijk vooral bij slaapproblemen.

Ten tweede, u noemt dat oneigenlijk gebruik. Ik zou dat juridisch correct omschrijven als off-labelgebruik, dus gebruik buiten de geregistreerde indicatie. Dat is niet verboden. Artsen kunnen dat

doen wanneer ze dat klinisch verantwoord achten en daar zelf de verantwoordelijkheid voor opnemen.

Ten derde, u vraagt ook of ik de terugbetalingsmodaliteiten zal bekijken, maar op dit moment ben ik dat niet van plan. Trazodon behoort tot de antidepressiva, die een relevant onderdeel vormen van het therapeutisch arsenaal van de arts. Daarom vallen ze, net als andere antidepressiva, onder de bestaande terugbetalingsregeling in categorie B.

Uw vierde vraag is niet van toepassing.

Ten vijfde, slaapproblemen verdienen zeker een bredere aanpak binnen het beleid geestelijke gezondheid. De voorbije jaren is daarom verder geïnvesteerd in de netwerken geestelijke gezondheidszorg en in de eerstelijnspsychologische zorg. CGTi is daar niet expliciet als aparte categorie in opgenomen, maar is ook niet uitgesloten. In de praktijk kan een patiënt daarvoor dus al terecht binnen het bestaande eerstelijnsaanbod.

18.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord, maar ik vind het toch opmerkelijk.

Wat u zegt, klopt uiteraard. Artsen kunnen off-label een medicijn voorschrijven, maar het is verontrustend dat dat kan zonder wetenschappelijke evidentie dat het werkt voor een bepaald symptoom of ziektepatroon.

Voor zover ik weet, zijn er geen studies die aantonen dat het helpt om slaapproblemen op te lossen. Dat men dan toch een medicijn voorschrijft, lijkt me geen goede praktijk. Gezien de kosten voor de terugbetaling van medicijnen, lijkt het wenselijk om in een nieuw terugbetalingskader ook aandacht te besteden aan de wetenschappelijke evidentie van wat wordt terugbetaald.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56013550C de Mme Eggermont est retirée.

19 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bevoorradingsekerheid voor plasma" (56013573C)

19 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sécurité d'approvisionnement en plasma sanguin" (56013573C)

19.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, Rode Kruis Vlaanderen verwacht tegen 2028 voor het eerst meer plasmadonaties dan klassieke bloeddonaties. Hoewel het aantal plasmadonaties in ons land toeneemt, blijft België voor ongeveer de helft van zijn plasmavoorziening afhankelijk van de invoer uit de Verenigde Staten. Gelet op het toenemend strategische en medische belang van plasma, roept dit vragen op over de bevoorradingsekerheid en de strategische autonomie, iets waarvoor we op verschillende domeinen alert moeten zijn.

Mijnheer de minister, wat was de zelfvoorzieningsgraad van België inzake plasma per jaar in de laatste vijf jaren? Is die graad van zelfvoorziening in die periode toegenomen? Zo ja, met hoeveel procentpunten? Acht u een volledige zelfvoorziening inzake plasma realistisch op middellange of lange termijn? Zo ja, tegen wanneer kunnen wij zoiets verwachten?

Welke concrete maatregelen zijn momenteel van kracht om die zelfvoorzieningsgraad te verhogen? Plant u eventueel bijkomende initiatieven?

Hoe oordeelt u over de afhankelijkheid van plasma afkomstig uit commerciële donatiesystemen, zoals die in de Verenigde Staten bestaan?

Bestaat er op Europees niveau een gecoördineerde strategie om de afhankelijkheid van derde landen te verminderen? Welke rol speelt België daarin of kan België daarin spelen?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, sinds de lancering van de eerste plasmatender in

2017 zijn de bloedinstellingen verplicht om elk jaar een bijkomend volume van 5 % aan de opdrachtnemer te leveren. De ziekenhuizen zijn verplicht om 50 % van hun behoefte aan intraveneuze immunoglobulinen en 100 % van hun behoefte inzake plasma af te nemen van de opdrachtnemer van de tender. De overige 50 % van de behoefte aan intraveneuze immunoglobulinen en het geheel van de behoefte aan subcutane immunoglobulinen worden daarentegen op de commerciële markt gekocht.

Globaal kan men zeggen dat de zelfvoorziening iets minder dan de helft van de behoefte bedraagt. De graad van zelfvoorziening hangt ook samen met het niveau van het verbruik, dat omwille van schaarste tijdens de covidcrisis sterk was gedaald, maar sinds 2023 weer is toegenomen.

Tussen 2017 en 2022 steeg het verbruik van intraveneuze immunoglobulinen in België met 16 %. In 2023 bedroeg de stijging 10,5 %.

Ten tweede vraagt u of het realistisch is. Er zijn landen, zoals Denemarken, die een zelfvoorzieningsgraad van 100 % voor intraveneuze immunoglobulinen behalen. Het verschil in zelfvoorziening wordt voornamelijk verklaard door een verschil in verbruik.

In antwoord op uw vraag welke concrete maatregelen worden genomen, herhaal ik deels wat al gezegd is. Sinds 2017 worden de minimumhoeveelheden plasma die door de bloedinstellingen aan de opdrachtnemer moeten worden geleverd bij koninklijk besluit bepaald. Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) plant op mijn verzoek in 2026 een nieuwe studie over het gebruik van immunoglobulinen in België, onder meer met een internationale benchmarking.

Op het einde van de vorige legislatuur heb ik de door de opdrachtnemer van de tender betaalde prijs van het plasma aanzienlijk verhoogd. Die verhoging is ingegaan op 1 december 2024, de datum van de inwerkingtreding van de nieuwe tender. Tegelijk heb ik een extra subsidiëring ingevoerd die proportioneel is met het aantal gecollecteerde liters aferesepasma en dat vanaf 1 januari 2024.

In antwoord op uw volgende vraag plan ik extra initiatieven. De FOD Volksgezondheid zal binnenkort ten aanzien van de bloedinstellingen een projectoproep lanceren met het oog op investeringen, waarvoor onder specifieke voorwaarden een subsidie kan worden verstrekt, voor zover dat gepaard gaat met een verbintenis om bijkomend hogere volumes plasma te produceren. Om een optimaal gebruik van immunoglobulinen te verzekeren, zijn mijn medewerkers in overleg met het RIZIV om te komen tot een meer gestructureerde monitoring van het gebruik van immunoglobulinen op indicatieniveau.

Dan kom ik bij uw vraag 3a. De vraag naar plasmaproducten, met inbegrip van immunoglobulinen, stijgt voortdurend. In die optiek is het essentieel dat het vrijwillig en onbetaald gedoneerde plasma integraal bestemd blijft voor de zelfvoorziening. Dat is bovendien goedkoper dan commercieel plasma uit de Verenigde Staten. Dat plasma wordt gedoneerd vanuit altruïstische motieven door mensen die ook in tijden van crisis trouw zijn gebleken. U kent ongetwijfeld de cijfers. Betaling kan het volume verhogen, maar commercialisering is in feite een *one-way street*. Evidentie toont dat ongeveer drie vierde van de betaalde donoren zou stoppen als de betaling wegvalt. Dat is natuurlijk een recept voor een systeem dat minder veerkrachtig is.

Onderzoek toont aan dat publieke investeringen in capaciteit, zoals extra donorcentra, kortere afstand en gericht donorbeheer, kostenefficiënter is dan een structurele commerciële betaling. Er is mijns inziens dus nog groeimarge in Europa, zonder het mooie model van vrijwilligheid los te laten. Het veronderstelt investering in capaciteit en in donorretentie, maar ook een rationeel gebruik van immunoglobulinen.

De doelstelling om zelfvoorzienend te zijn zonder te vervallen in een commercieel model, wordt duidelijk ondersteund op Europees vlak. De nieuwe Europese SoHO-verordening verplicht de lidstaten alle redelijke inspanningen te leveren om te komen tot een toereikende, adequate en weerbare voorziening van kritieke SoHO, met als expliciet doel bij te dragen aan Europese zelfvoorziening. Dat betekent vrijwillige en onbetaalde donatie versterken, donorwerving en retentie, paraatheidsmaatregelen bij tekorten, optimaal gebruik van SoHO en voortdurende monitoring van de voorbereidingen. U kent de hele SoHO-discussie natuurlijk, mevrouw Gijbels.

Daarnaast ondersteunt de Europese Unie via het EU4Health-programma het Supply Project, dat gericht

is op het verhogen en versterken van de publieke non-profit plasmacollectie in Europa, om de beschikbaarheid van plasmaderivaten te verbeteren, ook in crisissituaties.

Net zoals de andere Europese lidstaten zal België de Europese SoHO-verordening implementeren tegen augustus 2027. België zet verder in op de versterking van vrijwillige en onbetaalde plasmadonatie via de bloedinstellingen.

La **présidente**: Je me permets de préciser que la problématique des temps de parole a été évoquée lors d'une réunion tenue ce jour avec les autres présidents de commission. Je rappelle que ce dernier est limité à deux minutes pour la question et que le ministre est invité à être plus bref dans sa réponse. J'entends bien qu'il y a ici beaucoup de sous-questions qui sont intégrées dans les questions.

Je vous propose dès lors d'aller à l'essentiel et de rester dans le timing des deux minutes trente qui sont les vôtres. Si le membre n'a pas eu réponse à toutes ses questions, Il est toujours libre d'en reposer, mais nous devons tenir ce timing. Je le dis pour la bonne poursuite de notre commission, donc je vous demanderais de vous en tenir à ça et de ne pas me faire utiliser le bouton que j'ai devant moi et qui permet de couper les micros.

19.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik hoor alleen maar goed nieuws en goede initiatieven. Ik hoop dat er blijvend wordt ingezet op het opkrikken van de onafhankelijkheid en zelfvoorzienendheid. Ons systeem van altruïstische donaties is zeer robuust en betrouwbaar en ik hoop dat we dat zo goed als mogelijk kunnen behouden en eventueel kunnen uitbreiden.

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

20 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een dermatoloog op afstand" (56013574C)

20 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La télé-expertise du dermatologue" (56013574C)

20.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, recent liet uw kabinet weten dat patiënten die een dermatoloog nodig hebben, voortaan vanop afstand een consultatie kunnen krijgen via tele-expertise. Dit verloopt via de huisarts, die foto's, klinische vaststellingen en de relevante medische voorgeschiedenis overmaakt aan de dermatoloog.

Deze dermatoloog moet dan binnen drie werkdagen een advies verstrekken. Patiënten kunnen hier tweemaal per jaar gebruik van maken en betalen geen remgeld. Deze maatregel zou het probleem van de lange wachtlijsten bij dermatologen moeten aanpakken. Bovendien kan het zorgen voor e-learning bij huisartsen, die op deze manier continu worden bijgeschoold over dermatologische expertise.

Dit is een interessant project, waarover ik een aantal vragen heb.

Welk budget werd hiervoor voorzien? Met andere woorden, hoeveel tele-expertises worden er voorzien per jaar? Wat als het budget overschreden wordt?

Welke verloning is er voor enerzijds de huisarts en anderzijds de dermatoloog?

Het is de bedoeling om de zorg efficiëntie te verhogen doordat enkel die patiënten voor wie het nodig is worden verwezen naar de tweede lijn. Hierdoor kan de wachttijd bij de dermatoloog verkleinen. Doordat de triage voor een stuk al gebeurd is, kan de dermatoloog zich ook sneller en beter toeleggen op behandelingen. Hoe groot is de gemiddelde wachttijd vandaag? Welke impact verwacht u dat dit zal hebben op de wachtlijsten? Is hieraan een doelstelling gekoppeld inzake wachtlijstreductie? Zo ja, wat is het streefcijfer?

Wat is de reactie van de huisartsen op deze nieuwe mogelijkheid?

Moet er gebruikgemaakt worden van specifieke software? Zo ja, van welke software?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: De maatregel rond tele-expertise en dermatologie volgt op een

eerder succesvol pilootproject en wordt nu structureel ingebed in een nomenclatuur. Concreet kan een huisarts wanneer een patiënt zich met een huidprobleem aanbiedt via geïjkte digitale kanalen foto's en klinische vaststellingen overmaken aan een dermatoloog. Die bezorgt binnen drie werkdagen een advies. Op basis daarvan kan de huisarts zijn behandeling opstarten of, indien nodig, oordelen dat een fysieke consultatie aangewezen is.

De tele-expertise moet er in de eerste plaats voor zorgen dat patiënten sneller de juiste zorg krijgen, en tegelijk bijdragen tot een verlichting van de druk op dermatologen en tot een betere samenwerking tussen huisarts en patiënt.

Zoals gezegd, bouwt dit voort op een pilootproject dat enkele jaren geleden uitgevoerd en positief geëvalueerd werd. Uit de evaluatie bleek dat de expertise op afstand een waardevolle aanvulling vormt op de klassieke zorgverlening. In een aanzienlijk aantal gevallen kon een fysieke raadpleging worden vermeden of beter worden voorbereid. Er was ook positieve feedback van huisartsen, dermatologen en patiënten. Met de aandachtspunten die tijdens de evaluatie naar voren kwamen werd rekening gehouden.

Wat de wachttijden betreft, het RIZIV beschikt niet over specifieke gegevens over wachttijden bij dermatologen. Ik kan dus niet exact kwantificeren wat de impact op wachtlijsten zou kunnen zijn. Als men echter bepaalde fysieke consultaties kan vermijden, vermindert dat hoe dan ook de wachttijden.

Daarnaast verloopt de expertise op afstand via de huisartsen en via digitale toepassingen die een veilige uitwisseling van medische gegevens en beeldmateriaal mogelijk maken, met aandacht voor een goede aansluiting bij de bestaande digitale werkomgeving van huisartsen.

Wanneer een patiënt rechtstreeks contact opneemt met een dermatoloog, valt dat niet onder expertise op afstand maar onder de klassieke raadpleging, eventueel onder de vorm van een videoraadpleging.

De **voorzitster**: Uw antwoord is perfect qua timing.

20.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, het was blijkbaar maar een woord.

Mijnheer de minister, het is een heel interessant project, zoals u daarnet al aangaf. Ik kijk er echt naar uit om te zien hoe een en ander in zijn werk zal gaan. Ik hoop dat het op grote schaal zal worden gebruikt. Het bevat effectief voordelen voor de verschillende actoren, met name de huisartsen, de patiënten en de dermatologen. Alles kan op die manier efficiënter worden georganiseerd. Ook kan er een soort e-learning ontstaan, wat bijzonder interessant kan zijn om huisartsen hierbij te betrekken en hen bij wijze van spreken bij te scholen op het vlak van dermatologie.

Ik kijk dus graag mee uit naar de uitrol van het project. Ik ben benieuwd naar de budgetten die zullen worden gebruikt. Ik hoop dat als het nodig mocht zijn, de nodige budgetten zullen worden vrijgemaakt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 **Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La refonte du questionnaire préalable au don de sang sur la base du risque individuel" (56013637C)**

21 **Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van de vragenlijst voor bloeddonaat op grond van het individuele risico" (56013637C)**

21.01 **Julie Taton** (MR): *Monsieur le ministre,*

Mon collègue Hervé Cornillie et moi avons rencontré la Croix-Rouge de Belgique le 8 janvier dernier en vue de mieux connaître les enjeux et difficultés en matière de don de sang, de plaquettes et de plasma.

Actuellement, seuls 3,5 % de la population belge donne son sang, jusqu'à quatre fois par an, dès l'âge de dix-huit ans. La sécurité du don repose sur la protection du receveur et la protection du donneur, qui

complète un questionnaire pré-don qui s'adresse à des catégories de population.

Tous les dons font l'objet de tests systématiques pour le VIH, les hépatites B et C – et parfois E.

La tendance est de passer à une analyse du risque individuel basée sur les comportements, pour éviter toute stigmatisation, en particulier des HSH, les hommes qui ont des rapports sexuels avec d'autres hommes. A titre d'exemple, l'Établissement français du sang (EFS) applique un questionnaire uniforme.

Les débats autour du don des HSH doivent intégrer une réalité épidémiologique: certaines populations présentent effectivement une prévalence plus élevée du VIH.

Nous plaillons pour une vigilance accrue, plutôt que pour une exclusion systématique.

Monsieur le ministre, quels sont les obstacles à lever afin de parvenir à une refonte du questionnaire pré-don de sang sur base du risque individuel et des comportements?

Quelles sont vos intentions sur la question précise de l'exclusion systématique des HSH sur base du questionnaire en vigueur?

Par quels voies et moyens comptez-vous augmenter la portion de la population qui donne son sang chaque année en Belgique? Selon quel agenda?

21.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: S'agissant de votre première question, l'évolution d'un modèle principalement fondé sur les comportements est à l'étude. Cependant, les rapports de la concertation annuelle sur les critères d'exclusion temporaire et les périodes d'exclusion connexes des donneurs concernant le comportement sexuel montrent que plusieurs garanties doivent encore être réunies. Cela conclut que la poursuite du monitoring est nécessaire et qu'un assouplissement des critères ne semble pas recommandé.

Je tiens à attirer votre attention quant au fait que les deux établissements de sang de la Croix-Rouge ont validé ce rapport. Nous observons notamment une augmentation de certaines infections sexuellement transmissibles ainsi que des défis liés à la fiabilité des déclarations et à l'impact de la prophylaxie préexposition (PrEP) sur la détection précoce du VIH. Ces éléments doivent être analysés objectivement, sans stigmatiser aucun groupe, mais avec une exigence absolue de sécurité pour les receveurs.

Les adaptations organisationnelles seraient également nécessaires, notamment en matière de formation du personnel et de conditions de confidentialité lors des collectes.

Pour votre deuxième question, depuis 2023, il n'existe plus d'exclusion permanente mais un délai d'attente de quatre mois. Je poursuivrai l'évaluation scientifique en vue d'une approche davantage individualisée, à condition que celle-ci ne compromette en aucun cas la sécurité transfusionnelle.

L'objectif est d'identifier les comportements à risque, indépendamment du sexe ou de l'orientation sexuelle des partenaires. Cette évolution doit s'inscrire dans un cadre scientifique validé, aligné sur les recommandations européennes et les données épidémiologiques belges. Toute réforme éventuelle sera menée en concertation avec les établissements de transfusion, les autorités sanitaires et les associations concernées. J'ai donc demandé un avis consolidé et scientifique afin de disposer d'une base objective avant toute décision.

Troisièmement, seule une faible proportion de la population donne régulièrement son sang, comme le rappellent les données des établissements de transfusion sanguine et de Sciensano. Pour répondre à cet enjeu structurel, les actions des établissements de santé s'articulent autour de trois priorités: élargir et fidéliser la base de donneurs, faciliter et moderniser l'accès aux dons et développer de manière structurelle les centres de collecte de plasma afin de renforcer notre autosuffisance.

Les opérateurs de transfusion ont fixé comme objectif de renforcer l'autosuffisance en plasma. À ce sujet, je ferai lancer prochainement un appel à projets adressé aux établissements de sang et qui vise un financement pour des investissements qui doivent garantir la collecte de volumes supplémentaires de plasma.

21.03 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie.

Mon collègue Hervé et moi-même avons rencontré la Croix-Rouge au début de l'année, le 8 janvier, pour parler justement des enjeux et des difficultés en matière de don de sang, de plaquettes et de plasma ainsi que de la pénurie que vous avez également évoquée. Il en est ressorti que nous devons, bien sûr, réserver toute notre attention à la sécurité. C'est le plus important.

Seuls 3,5 % de la population belge donnent leur sang jusqu'à quatre fois par an. C'est trop peu. Je suis ravie d'entendre que vous allez étendre la recherche et préciser votre façon de voir les choses en ce qui concerne les hommes qui entretiennent des rapports sexuels avec d'autres hommes, même si, comme vous l'avez dit, c'est d'abord la sécurité qui doit primer. Nous plaçons en effet pour une vigilance accrue, nous sommes d'accord, mais pas spécialement avec une exclusion systématique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le développement de nouveaux centres de don de plasma et une meilleure information" (56013638C)

22 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Nieuwe donorcentra voor plasmadonatie en betere informatie" (56013638C)

22.01 Julie Taton (MR): *Monsieur le ministre, mon collègue député fédéral Hervé Cornillie et moi avons rencontré la Croix-Rouge de Belgique le 8 janvier dernier en vue de mieux connaître ses enjeux et ses difficultés en matières de don de sang, de plaquettes et de plasma.*

En Belgique, ce sont les Etablissements du sang (ETS) qui assurent la collecte et la transformation en plasma, globules rouges et plaquettes. Ils réalisent des prélèvements sélectifs, qui collectent uniquement le plasma ou uniquement les plaquettes - avec réinsertion des globules rouges au donneur.

La répartition géographique des ETS reste inégale, avec un déficit de grands centres dans le sud du pays.

Le plasma est utilisé à la fois à des fins thérapeutiques hospitalières (grands brûlés, échanges plasmatiques) et pour la fabrication de médicaments dérivés du plasma - que l'industrie ne parvient pas à produire synthétiquement et qu'elle se procure pour environ 50 % de ses besoins aux Etats-Unis, où ce don qui sauve des vies, est rémunéré.

La Croix-Rouge regrette que, dans notre pays, les données des donneurs ne soient pas pleinement centralisées entre tous les ETS, en raison de freins technologiques et budgétaires.

Cette centralisation constituerait pourtant un progrès majeur en termes de sécurité et d'efficacité d'un pilier essentiel de notre système de santé.

Monsieur le ministre,

1. Etes-vous favorable à une centralisation complète des données des donneurs entre tous les ETS? Pour quels motifs? Selon quels agendas?

2. Etes-vous favorable à la poursuite des recherches qui portent sur l'usage d'un plasma lyophilisé, comme certaines armées?

3. La Croix-Rouge s'oppose à l'indemnisation des dons. Partagez-vous cette position? Pour quels motifs?

4. Prévoyez-vous le déploiement de nouveaux ETS? Où? Selon quels agenda et moyens?

5. Que répondez-vous à la Croix-Rouge qui appelle au développement d'une information au don de plasma qui ciblerait les jeunes? Je vous remercie

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taton, plus de 90 % des volumes de produits de sang sont donnés par deux établissements de sang, à savoir la Croix-Rouge de Belgique, qui opère en

principe dans la partie francophone du pays, ainsi que la Rode Kruis Vlaanderen. Sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, les deux établissements sont actifs.

En théorie, comme il n'y a pas de registre central de donneurs, un donneur bruxellois pourrait donner trop fréquemment dans deux établissements. Cependant, les informations à ce sujet sont demandées aux donneurs dans le questionnaire. De plus, notre système de dons volontaires et non rémunérés n'est pas de nature à provoquer des dons trop fréquents, qui nuisent par définition à la santé du donneur. Si les ETS ou l'AFMPS me démontrent la nécessité d'une centralisation, je serais ouvert à toute proposition à ce sujet.

Le plasma lyophilisé présente un intérêt stratégique dans des contextes de crise, de guerre ou de préhospitalisation, où les contraintes logistiques sont importantes. Sa longue durée de conservation, sa stabilité au stockage et au transport, ainsi que sa reconstitution rapide en font une option particulièrement adaptée à ces situations. En outre, son efficacité clinique est comparable à celle du plasma frais congelé. Selon les informations dont je dispose, le ministre de la Défense a pris l'initiative d'examiner le sujet avec les établissements de sang.

Je peux confirmer que je partage la position en faveur du maintien du principe du don volontaire et non rémunéré de sang et de tout matériel corporel humain. Je me réfère aux réponses données à la question de Mme Gijbels, qui étaient claires à ce sujet.

Dans une logique d'économie d'échelle, il n'est pas opportun, dans un petit pays comme la Belgique, de créer des établissements de transfusion supplémentaires. En revanche, pour le plasma, la demande en plasma et en produits dérivés du plasma dépasse l'offre en Belgique et en Europe. Dans une perspective d'autosuffisance et de résilience face aux pénuries, il est dès lors nécessaire de renforcer l'offre de collecte de plasma par le déploiement et/ou l'extension de centres de collecte fixes et/ou mobiles. Comme j'ai dit, je ferai lancer très prochainement un appel à projets.

Le recrutement et la fidélisation des donneurs de plasma constituent en effet une stratégie indispensable pour augmenter la collecte de plasma. Il me revient que les établissements de sang liés à la Croix-Rouge mènent des campagnes d'information dans ce sens.

22.03 Julie Taton (MR): Merci, monsieur le ministre.

La Croix-Rouge regrette que, dans notre pays, les données des donneurs ne soient pas pleinement centralisées entre tous les établissements de transfusion sanguine. Elle regrette également – comme vous l'avez dit, nous sommes un petit pays – que la répartition géographique de ces ETS reste quelque peu inégale, avec visiblement un manque de grands centres dans le sud du pays. Cette centralisation constituerait pourtant un progrès majeur en termes de sécurité et d'efficacité pour un pilier essentiel de notre système de santé.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

23 Questions jointes de

- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'arrêt du remboursement intégral de l'insuline pour les diabétiques depuis le 1er janvier" (56013640C)

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'arrêt du remboursement de l'insuline" (56013940C)

23 Samengevoegde vragen van

- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stopzetting van de volledige terugbetaling van insuline voor diabetici sinds 1 januari" (56013640C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stopzetting van de terugbetaling van insuline" (56013940C)

23.01 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, qu'est-ce qui a motivé votre décision de faire payer l'insuline aux diabétiques depuis le 1^{er} janvier? Deuxièmement, prévoyez-vous une nouvelle hausse à l'avenir? Si oui, quand et dans quelle proportion? Troisièmement, envisagez-vous de rembourser à

nouveau l'insuline pour les diabétiques, ou uniquement pour les patients du groupe A de type 1? Pour quel motif? Enfin, par quelle voie et par quels moyens entendez-vous améliorer le dispositif de prévention du diabète afin de réduire les conséquences et les coûts liés à un diagnostic tardif?

23.02 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Ik kan natuurlijk niet anders dan deelnemen aan het debat.

Mevrouw Taton, ik ben heel blij dat u de vraag stelt. Ik schrok er wel van. Immers, u was medeauteur van het wetsvoorstel waarnaar u verwijst en dat insuline duurder heeft gemaakt sinds 1 januari 2026. Toen wij het wetsvoorstel hier in de Kamer hebben besproken, hebt u gesteld dat het om een goed wetsvoorstel gaat. Ik citeer u uit het verslag. U hebt verklaard dat de invoering van een minimumbijdrage van 1 euro voor begunstigten van de verhoogde tegemoetkoming en van 2 euro voor andere patiënten tot een zekere verantwoordelijkheidszin leiden zonder dat de algemene betaalbaarheid op de helling komt te staan.

U stelt hier nu dus een vraag over een wet die u zelf mee hebt ingediend en die u hier ook hebt verdedigd toen wij die wet hebben besproken. Het is echter goed dat u nu misschien tot inzicht komt. Ik wil mij dan ook aansluiten bij de vraag

Mijnheer de minister, beseft u ondertussen ook dat het wetsvoorstel dat hier is goedgekeurd, mogelijk een aantal fouten of ongewenste effecten bevat? Er wordt bijvoorbeeld aangegeven dat diabetespatiënten type 1, die er niets aan kunnen doen dat zij diabetes hebben, die medicatie nodig hebben om te overleven en nu meer moeten betalen. Zij vinden dat onrechtvaardig en overwegen zelfs om met die medicatie te stoppen. Kan de beslissing worden teruggedraaid?

Ik sluit mij hier aan bij uw collega uit de meerderheid en vraag u het volgende. Zult u tot inzicht komen?

23.03 Frank Vandenbroucke, ministre: À la première question de Mme Taton, je répondrai qu'à aucun moment l'insuline n'a été particulièrement visée. L'ensemble des traitements, quelle qu'en soit l'indication ou la catégorie, ont vu l'introduction dans leur prix total d'un ticket modérateur minimum par conditionnement délivré en officine publique (1 euro pour les BIM et 2 euros pour les non-BIM). Nous avons également bien argumenté le sens de cette démarche parce qu'elle alimente, entre autres, une nouvelle procédure de remboursement rapide de médicaments innovants qui sont absolument existentiels pour toute une série de patients.

Vous demandez si je prévois une nouvelle hausse. La réponse est non.

Vous demandez ensuite si j'envisage de rembourser à nouveau l'insuline pour les personnes diabétiques. Je crois qu'il y a ici une confusion. L'insuline est encore et toujours remboursée. Il y a un ticket modérateur minimum de 1 euro pour les BIM et de 2 euros pour l'ensemble des médicaments remboursés en officine publique. Le prix dépend de l'indication en question mais reste donc presque totalement couvert par l'assurance maladie. Seule cette part minimum est à charge du patient. Une déviation à cette nouvelle règle pour telle ou telle classe médicamenteuse ouvrirait la porte à une contestation systématique pour tous les autres médicaments. L'insuline reste donc remboursable sans exception et à charge de l'assurance maladie.

Je tiens également à préciser que le système du maximum à facturer, qui a été élargi à l'ensemble des médicaments remboursables le 1^{er} janvier, permet toujours d'éviter aux patients les plus vulnérables de devoir payer pour leurs médicaments au-delà d'un certain seuil.

Quant à la quatrième question, la prévention constitue naturellement un levier essentiel pour réduire tant l'incidence du diabète que les complications liées à un diagnostic tardif. Même si cette compétence relève principalement des entités fédérées, le niveau fédéral travaille en étroite concertation avec elles, notamment au sein de différents groupes de travail de la CIM Santé publique, afin d'assurer la cohérence, la coordination et la pertinence des actions préventives menées dans le pays.

Par ailleurs, nous développons activement un programme interfédéral de soins intégrés qui vise à prévenir et combattre les problèmes d'obésité chez les enfants et les adolescents – un facteur de risque majeur pour l'apparition du diabète –, ce qui contribuera à mieux protéger les générations futures.

Samengevat, ook voor mevrouw Eggermont, we zijn niet van plan om die maatregel te herzien.

23.04 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses rassurantes.

23.05 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Ik heb geen commentaar meer. (*Mevrouw Eggermont zegt dat al lachend.*)

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les effectifs de brancardiers dans les hôpitaux" (56013641C)

24 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het aantal brancardiers in ziekenhuizen" (56013641C)

24.01 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, je tenais à vous poser plusieurs questions.

Selon les données en votre possession, quels sont les effectifs de brancardiers dans les hôpitaux en Belgique? Que vous inspire ce chiffre?

Estimez-vous que l'absence de cadre en matière de brancardage peut poser un problème en termes d'organisation et de qualité des soins?

Envisagez-vous des mesures fédérales en soutien à cette fonction indispensable? Si oui, lesquelles et selon quels agenda et financement?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taton, selon les données complètes disponibles, le nombre de brancardiers occupés dans les hôpitaux s'élevait en 2023 à 794 équivalents temps plein.

Comme le brancardier n'occupe pas une fonction soignante, il n'est pas repris dans les normes d'encadrement. La formation de ce personnel relève de la compétence des entités fédérées.

Le transport interne de patients est financé dans le budget des moyens financiers des hôpitaux au titre des frais généraux et par des mesures de soutien supplémentaires.

24.03 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie beaucoup pour votre réponse.

Je me suis permis de vous poser cette question parce qu'à la fin de l'année dernière, mon petit garçon a été hospitalisé. Nous sommes restés plus de trois heures trente dans l'attente qu'on vienne le chercher. Il était à jeun. C'était donc très compliqué. C'est en parlant avec le personnel que nous nous sommes rendu compte de ce souci.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le sous-diagnostic de l'asthme en Belgique" (56013642C)

25 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De niet-gediagnosticeerde gevallen van astma in België" (56013642C)

25.01 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, que vous inspirent les derniers chiffres diffusés par la Global Initiative for Asthma (GINA)? Selon vous, combien de personnes sont déjà diagnostiquées comme asthmatiques dans notre pays? Quel est, selon vous, le nombre de personnes asthmatiques qui ne sont pas encore diagnostiquées en Belgique? Et par quels voies et moyens encadrez-vous les maladies respiratoires, en particulier l'asthme?

25.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je crois que ces chiffres confirment que l'asthme est une

maladie prévalente, mais dont la sévérité et les symptômes sont variables. Cela rend le chiffrage du nombre de patients compliqué. Par exemple, les données concernant le nombre de personnes atteintes d'asthme en Belgique proviennent principalement de l'enquête nationale de santé.

Les données les plus récentes sont issues de l'enquête de santé 2023-2024. Il en ressort que 5,9 % de la population belge déclare avoir souffert d'asthme au cours de l'année écoulée. Si l'on extrapole ce pourcentage à un nombre absolu, cela signifie qu'environ 694 000 personnes souffrent d'asthme en Belgique, mais ce chiffre est sensiblement plus élevé que l'estimation de la GINA.

Pour votre troisième question, il est difficile de fournir une estimation précise. Une étude publiée en 2018 sur le sous-diagnostic et le sur-diagnostic de l'asthme, fondée sur des recherches menées dans plusieurs pays, indique que 20 à 70 % des personnes souffrant d'asthme dans la population générale ne sont pas diagnostiquées. Par ailleurs, il apparaît également que 30 à 35 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'asthme ne souffrent en réalité pas de cette maladie. Il existe donc aussi un certain degré de sur-diagnostic. Je crois que des initiatives comme la GINA, avec des lignes directrices concernant le diagnostic et le traitement, ne peuvent que contribuer à poser un diagnostic correct.

Pour votre quatrième question, je mentionnerai que les maladies respiratoires sont avant tout prises en charge de manière classique via une intervention de l'assurance maladie dans le coût des soins de santé, des médicaments, des prestations médicales et paramédicales, des examens et des hospitalisations.

En particulier pour l'asthme, le rôle du pharmacien est important. Il accompagne les patients chroniques dans la bonne utilisation de leurs médicaments contre l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Les patients atteints d'asthme ou de BPCO ont la possibilité de bénéficier d'entretiens consacrés au bon usage des médicaments, ce qui constitue une avancée importante.

25.03 Julie Taton (MR): Je vous remercie, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

26 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rôle et les missions des pharmaciens en Belgique aujourd'hui et demain" (56013645C)

26 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De huidige en toekomstige rol en opdrachten van de apothekers in België" (56013645C)

26.01 Hervé Cornillie (MR): Monsieur le ministre, le métier de pharmacien a sensiblement évolué ces dernières années. Pourtant, son rôle est fondamental dans la relation avec le patient. On sait aussi que les supermarchés ou une entreprise chère au président des Engagés comme Medi-Market ont perturbé leur métier.

Si le métier a évolué, certaines choses n'ont pas bougé, alors qu'elles pourraient être utiles en 2026. Par exemple, les pharmaciens ne sont toujours pas autorisés à préparer un pilulier personnalisé pour un patient sans l'accord tacite préalable du médecin généraliste, ce qui peut constituer un frein à une prise en charge fluide, sécurisée et centrée sur le patient alors qu'il y a une relation de confiance entre le patient et le pharmacien.

Monsieur le ministre, le gouvernement envisage-t-il d'étendre encore les compétences cliniques et pratiques des pharmaciens, par exemple, en matière de préparation des piluliers, renouvellement de prescriptions ou prise en charge de certains protocoles validés, en tenant compte de leur formation rigoureuse et de leur expertise reconnue?

Quelles initiatives ou réformes législatives et réglementaires sont-elles planifiées pour renforcer la contribution des pharmaciens aux soins de santé intégrés tout en assurant la sécurité du patient et une coordination optimale avec les autres professionnels, dont le médecin généraliste ou les infirmiers, par exemple, dont il était question tantôt?

Comment le gouvernement entend-il soutenir la profession pharmaceutique dans l'adaptation des enjeux actuels et futurs, dont le vieillissement de la population, la polymédication, la pression sur les soins de première ligne ou les défis logistiques des pharmaciens?

26.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Cornillie, une demande d'avis consolidé a été envoyée le 6 janvier 2025 au Conseil supérieur des médecins généralistes et spécialistes et au Conseil fédéral des pharmaciens. La demande porte sur le renforcement du rôle préventif des pharmaciens, l'élargissement de leurs compétences en matière de vaccination, ainsi que d'autres aspects possibles. Un groupe de travail mixte a été mis en place avec les pharmaciens de première ligne et les médecins. Ils ont rendu leur avis. Nous venons également de recevoir la deuxième partie de l'avis qui a été rédigée par les pharmaciens hospitaliers et les médecins. Ces avis sont actuellement analysés.

Le gouvernement entend renforcer l'intégration du pharmacien dans les soins de santé intégrés par des initiatives qui consolident la collaboration interprofessionnelle et la continuité des soins. À cet égard, la mesure du pharmacien de référence constitue un levier essentiel en structurant le suivi pharmaceutique, la tenue et le partage du schéma de médication et la concertation avec les médecins infirmiers et autres professionnels. Dans le cadre des programmes interfédéraux de soins intégrés, l'expertise et la valeur ajoutée de chaque professionnel, y compris celle du pharmacien de référence, sont prises en compte afin d'adapter leur rôle en conséquence.

Les pharmaciens d'officine occupent un rôle central dans la chaîne des soins, avec une attention particulière portée à l'utilisation rationnelle des médicaments et aux soins de première ligne. L'accent est également mis sur le soutien à la qualité grâce à une réglementation et à des normes adaptées pour les préparations magistrales et officinales, élaborées en concertation avec le secteur pharmaceutique.

Des mesures pratiques sont également prévues, telles que l'extension de la délivrance à l'unité, non seulement pour les antibiotiques – comme prévu encore cette année – mais, à terme, également pour les benzodiazépines, les Z-drugs et les opioïdes. Un soutien est également organisé en cas d'indisponibilité de médicaments, afin de renforcer la pratique quotidienne des pharmaciens en tant que prestataires de soins facilement accessibles pour les patients.

26.03 Hervé Cornillie (MR): Merci, monsieur le ministre.

Puisque des avis sont actuellement collectés, laissons le temps à l'analyse. J'aurai l'occasion de revenir ultérieurement sur cette question, notamment à la lumière de votre réponse. J'ai bien saisi tout le rôle que vous accordez – et c'est heureux – aux pharmaciens de référence dans le parcours de soins intégrés, y compris dans les autres dimensions de cette pratique professionnelle. Nous y reviendrons.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

27 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les stocks stratégiques de masques de protection en Belgique" (56013646C)

27 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strategische stocks van mondmaskers in België" (56013646C)

27.01 Hervé Cornillie (MR): *Monsieur le ministre, la crise sanitaire liée à la Covid-19 a mis en lumière de graves lacunes dans la préparation de notre pays face aux pandémies, en particulier en ce qui concerne la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI). La pénurie de masques de protection au début de la pandémie a fortement marqué les esprits et a suscité de légitimes interrogations quant à la gestion des stocks stratégiques et à l'anticipation des risques sanitaires.*

Depuis lors, d'autres menaces sanitaires potentielles ont été identifiées ou se profilent, qu'il s'agisse de nouvelles pandémies, de résurgences épidémiques ou encore de crises liées à la résistance antimicrobienne ou à des agents pathogènes émergents. Ces enjeux soulignent l'importance cruciale de disposer de réserves stratégiques suffisantes et immédiatement mobilisables.

Dès lors, je souhaiterais connaître l'état des lieux actuel en matière de stocks stratégiques de masques de protection en Belgique.

La Belgique a-t-elle, à ce jour, pu reconstituer un stock stratégique de masques de protection suffisant pour faire face à une nouvelle crise sanitaire majeure?

Le cas échéant, quels types de masques sont concernés, en quelles quantités, et selon quels critères ces stocks sont-ils évalués et renouvelés?

Enfin, quelles garanties existent aujourd'hui pour éviter que les pénuries constatées lors de la crise de la Covid-19 ne se reproduisent à l'avenir?

Un plan de répartition de ces masques, de manière équitable et selon la situation, existe-t-il?

27.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Cornillie, il est important de rappeler que le niveau de protection du pays ne repose pas uniquement sur le stock fédéral. Après la crise covid, nous avons recommandé aux hôpitaux de garantir eux-mêmes des stocks opérationnels couvrant jusqu'à trois mois de leurs besoins en cas de crise, et ceci sur la base de leur consommation observée lors de la pandémie.

Parallèlement, les entités fédérées ont donné ces mêmes recommandations aux professionnels de la première ligne qui disposent eux-mêmes également de leur propre stock d'équipements de protection individuelle.

Au niveau du stock fédéral, nous disposons aujourd'hui d'un stock de masques chirurgicaux et FFP2 qui permet de couvrir environ un mois de pic épidémique. Le stock fédéral de masques FFP2 arrive à expiration cette année. Le SPF avait déjà lancé un marché fin 2025 pour renouveler ce stock, mais il n'a pas abouti. Le SPF devra donc relancer cette procédure sous réserve de budget suffisant.

À côté des stocks physiques centraux dont nous disposons, le SPF envisage la possibilité de mettre en place des stocks rotatifs et de réserver des capacités de production également sous réserve de budget suffisant.

Et pour compléter la stratégie nationale, je veux aussi faire référence au programme européen rescEU Stockpiling qui est prolongé jusqu'en 2032 et qui constitue une réserve complémentaire au niveau européen, mobilisable en cas de crise majeure.

27.03 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos éléments de réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56013647C de M Cornillie est reportée.

28 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance des centres spécialisés pour les maladies neuromusculaires" (56013659C)**

28 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van de gespecialiseerde centra voor neuromusculaire ziektes" (56013659C)**

28.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, les centres spécialisés pour les maladies neuromusculaires garantissent aux patients atteints de pathologies lourdes et évolutives, ainsi qu'à leur entourage, des soins et un accompagnement de longue durée à chaque stade de la maladie. Réputé centre de grande expertise, ce dispositif propose une approche multidisciplinaire afin d'assurer une prise en charge intégrée des patients et d'améliorer leur qualité de vie, qu'il s'agisse d'enfants ou d'adultes.

Une équipe composée de différentes disciplines médicales et paramédicales – neurologues, généticiens, kinésithérapeutes, psychologues, etc – accompagne les patients tout au long de leur vie.

L'équipe du centre reste en permanence en contact avec le médecin généraliste, le kinésithérapeute qui dispense les soins à domicile et les autres prestataires de soins. L'objectif est donc à la fois de proposer une gamme de soins spécialisés et de garantir des soins de proximité de qualité.

Il apparaît toutefois que trois centres sont aujourd'hui reconnus en Flandre, trois centres à Bruxelles, mais un seul en Wallonie, situé à Liège. Cette situation soulève des inquiétudes quant à l'accessibilité géographique et à l'égalité d'accès aux soins pour les patients.

Je souhaite insister en particulier sur la situation des patients résidant dans le Hainaut, notamment dans le bassin de Charleroi, mais aussi dans la région de Tournai et de Leuze. Ils sont contraints de parcourir de longues distances pour bénéficier d'un suivi adapté. Nous avons recueilli des témoignages faisant état des difficultés rencontrées par des patients atteints de pathologies qui rendent leurs déplacements extrêmement compliqués.

Lorsque l'on sait, par exemple, qu'un traitement ne peut parfois être enclenché qu'après l'avis favorable de ces centres reconnus, on mesure bien la détresse que peuvent ressentir les patients et leurs soignants.

Dès lors, pour quelles raisons n'existe-t-il aujourd'hui qu'un seul centre spécialisé pour les maladies neuromusculaires reconnu en Wallonie? Quels sont les critères d'agrément et de programmation qui déterminent le nombre et la répartition géographique de ces centres? Une évaluation des besoins spécifiques de la population du Hainaut, et plus particulièrement des régions que je viens de citer, a-t-elle été réalisée? Enfin, le gouvernement envisage-t-il la reconnaissance d'un centre supplémentaire en Wallonie afin d'améliorer l'accessibilité et de réduire les inégalités territoriales en matière de soins spécialisés?

28.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, pour répondre à votre première question, relative aux raisons pour lesquelles un seul centre spécialisé est reconnu en Wallonie, je peux vous signaler qu'étant donné que les maladies neuromusculaires doivent nécessairement faire l'objet d'une prise en charge spécialisée, il est nécessaire de ne pas diluer l'expertise et de la concentrer dans un nombre limité de centres. La concentration de l'expertise est essentielle pour garantir la qualité des soins. Seule la prise en charge d'un nombre suffisant de patients permet au médecin concerné et aux autres membres de l'équipe qui exercent dans les centres d'acquérir une expérience suffisante autour du diagnostic et du traitement des maladies neuromusculaires.

En ce qui concerne votre deuxième question, je tiens d'abord à signaler qu'étant donné que la convention pour la prise en charge des maladies neuromusculaires remonte à la fin des années nonante, il est prévu de la réviser. Pour les maladies neuromusculaires, comme pour toutes les maladies rares, il importe de garantir l'accès à un centre de référence lorsque les soins multidisciplinaires hautement spécialisés sont nécessaires, tout en veillant à ce que les soins moins spécialisés puissent être dispensés le plus près possible du lieu de vie des patients.

Je vous répondrai ensuite que, plus généralement, lorsqu'il est décidé de conclure une convention, les instances gestionnaires de l'INAMI tiennent compte d'une série de paramètres tels que le fait de disposer d'une équipe médicale et non médicale dans laquelle sont représentées plusieurs fonctions indispensables à une prise en charge optimale des patients visés ou le fait que les membres qui composent cette équipe disposent d'une grande expertise dans le diagnostic et la prise en charge des maladies concernées.

S'agissant de vos troisième et quatrième questions relatives aux besoins de la population du Hainaut et à l'éventuelle reconnaissance d'un centre supplémentaire en Wallonie, ces sujets seront examinés lors des travaux poursuivis par le Collège des médecins-directeurs.

28.03 Ludivine Dedonder (PS): Avez-vous une idée du moment où ce sera réexaminé? Ne le sait-on pas?

28.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je ne sais pas. Cela ne figure pas dans ma préparation. Je m'en excuse.

28.05 Ludivine Dedonder (PS): Je vous entends: il ne faut pas diluer l'expertise, bien sûr. Mais il y a

trois centres en Flandre. Il y a trois centres à Bruxelles. En Wallonie, il n'y en a qu'un. Vous imaginez bien que cela ne correspond pas à une réalité, aux besoins de toute une population, et un accès aux soins. En plus, il est ici question de malades qui ont des difficultés à se déplacer.

Vous savez certainement qu'il existe un centre qui bénéficie de cette large expertise à Charleroi. Il serait vraiment idéal pour le Hainaut que ce centre soit reconnu. Aujourd'hui, il soigne toute une série de patients, mais il n'est pas reconnu. Par conséquent, des patients, pour se faire soigner au centre de Charleroi, doivent d'abord recevoir une autorisation, une reconnaissance, à Liège. Ils doivent donc aller à Liège et ils attendent six à huit mois pour avoir un rendez-vous pour avoir un document, une reconnaissance pour ensuite pouvoir être soignés à Charleroi, où il y aura de nouveau des délais.

Non seulement c'est absurde et inefficace, mais pour les patients qui en souffrent, cela rajoute une autre souffrance, liée à cette attente due à une administration trop lourde.

Je vous demande, si vous le voulez bien, de revoir ce fonctionnement. Il doit y avoir un problème. Vous parlez d'une convention de la fin des années nonante. Il est urgent d'offrir une solution de proximité relative. Devoir se rendre à Liège depuis Comines, alors que l'on souffre de ce type de maladie, c'est un très long déplacement. Jusqu'à Charleroi, cela sera encore long, mais moins.

Pour le bien des patients... Des centres existent, avec le personnel que vous indiquez, et la présence de différentes disciplines. Je pense que cela vaut vraiment la peine d'urgemment se pencher sur la question. En tout cas, je vous le demande.

Merci.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 18.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.18 uur.