

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 31 MAART 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 31 MARS 2026

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 09 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.09 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 Actualiteitsdebat over tuberculose en toegevoegde vragen van

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bezorgdheid over de kosten van een tuberculosebehandeling" (56014218C)

- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De prijsstijging voor tuberculosemedicatie" (56014343C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van de prevalentie van tuberculose" (56014499C)

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen tuberculose in België" (56014668C)

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen tuberculose" (56014683C)

01 Débat d'actualité sur la tuberculose et questions jointes de

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les préoccupations quant au prix du traitement contre la tuberculose" (56014218C)

- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du prix des médicaments contre la tuberculose" (56014343C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La progression de la tuberculose" (56014499C)

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre la tuberculose en Belgique" (56014668C)

- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre la tuberculose" (56014683C)

01.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is niet de eerste keer dat we hier onze bezorgdheid uiten over de behandeling van tuberculose. Ik ben wel blij te zien dat verschillende andere collega's ook bezorgd zijn en er vragen over stellen.

Een belangrijk aspect is dat de medicatie duurder is geworden sinds 1 januari. We zien dat dit voor de tuberculosepatiënten een belangrijke impact heeft, omdat er vier medicamenten nodig zijn, die elk in een apart doosje zitten, wat 50 tot 60 euro per behandeling betekent.

In de huidige context, waar de Wereldgezondheidsorganisatie waarschuwt voor een wereldwijde terugval in de strijd tegen tuberculose, omdat de overheidsfinanciering afneemt en omdat er geopolitieke instabiliteit is, zien we overal heropflakkingen van tuberculose, ook in België. In 2024 zijn in België 954 nieuwe gevallen geregistreerd. Dat is een stijging met 10 % tegenover het jaar voordien.

De Wereldgezondheidsorganisatie beveelt aan dat de tuberculosebehandeling gratis zou zijn. Dit land gaat daar echter tegenin. Verschillende artsen zijn daar bezorgd over. Onlangs stond in *De Morgen* een getuigenis van collega Koen Verbeke dat er mensen hun medicatie zouden stopzetten.

U hebt in dat artikel gereageerd met een antwoord dat we al kenden: de verhoging van het remgeld is nodig om het zorgbudget onder controle te houden.

Ik wil dan wel graag weten hoeveel er precies bespaard wordt op tuberculosemedicatie, om de budgettaire discussie in juist perspectief te plaatsen. Meent u echt dat dat op termijn een besparing is? Als het aantal tuberculosegevallen toeneemt of als er resistentie optreedt, zal de budgettaire impact zwaarder zijn.

Kunt u bevestigen dat de arizonaregering met haar maatregelen ingaat tegen de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie?

In uw reactie zei u dat mensen die het nodig hebben, terecht kunnen bij het OCMW of bij BELTA-TBnet. Dat betekent natuurlijk een extra administratieve drempel, terwijl het gaat om patiënten die al in een kwetsbare situatie zitten. Het OCMW en BELTA-TBnet hebben te kampen met personeelskosten en onderfinanciering. Erkent u dat de doorverwijzing naar die diensten niet echt een oplossing biedt, maar zorgt voor extra financiële drempels?

01.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, dans le cadre des économies décidées sur les tickets modérateurs des médicaments, on constate que les médicaments essentiels deviennent également payants. Nous avons été alertés concernant le traitement de la tuberculose, dont le coût peut désormais atteindre 60 euros. Une telle situation risque de poser un problème de santé publique en raison du caractère contagieux de cette maladie.

Il y a quelques semaines, notre commission a visité l'hôpital Saint-Pierre ainsi qu'une unité spécialisée, où des médecins prennent en charge des patients atteints de tuberculose. Nous leur avons demandé s'ils étaient confrontés à la problématique du ticket modérateur pour ces patients. À la suite de cette visite, j'ai encore eu un échange avec la docteure Charlotte Martin, chef du service des maladies infectieuses.

Il en ressort que les médecins sont très inquiets en ce qui concerne les patients atteints de tuberculose et comprennent difficilement la raison pour laquelle vous avez augmenté le prix du traitement. Il s'agit, en effet, de patients qui cumulent souvent de nombreuses vulnérabilités et plusieurs pathologies. Cette situation est d'autant plus préoccupante qu'un rapport récent indique une augmentation des cas de tuberculose dans notre pays, en tout cas pour 2024.

Lors des débats, vous avancez qu'il y a un plafond de facturation, mais cela n'enlève rien au fait que le patient doit d'abord avancer l'argent avant d'être remboursé. Et aujourd'hui, nous rejoignons le modèle de pays comme les États-Unis, où les traitements sont payants.

Monsieur le ministre, reconnaissez-vous qu'il s'agit d'un possible danger pour la santé publique, comme l'indiquaient d'autres médecins dans *De Morgen*? Confirmez-vous que vous n'êtes pas informé de cet avis et, surtout, pouvez-vous reconsidérer la mesure? En effet, c'est ce qui importe et c'est le message du Dr Martin de l'hôpital Saint-Pierre: n'est-il pas temps de revoir cette mesure qui, finalement, s'avère contreproductive dans un contexte d'augmentation d'infections?

La **présidente**: Madame Merckx, je vous demanderai, comme je l'ai demandé à M. le ministre, de vous en tenir à votre temps de parole de deux minutes afin de respecter le déroulé des travaux. Vous ne l'avez dépassé que de 34 secondes, certes. Ce n'est pas très grave, mais je préfère le signaler.

01.03 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, het aantal tuberculosegevallen in België is opnieuw sterk gestegen. Tijdens het bezoek aan het Sint-Pietersziekenhuis konden we vaststellen hoe weinig plaatsen er in onze Belgische ziekenhuizen ter beschikking zijn om patiënten met tuberculose te behandelen. Dat maakt dat er vandaag minstens tientallen, maar mogelijk honderden patiënten niet of onvoldoende worden opgevolgd voor die zeer besmettelijke ziekte.

Mijnheer de minister, hoe evalueert u de recente stijging van het aantal tuberculosegevallen in België

en in het bijzonder de hoge incidentie in Brussel?

In welke mate spelen volgens u sociale determinanten, zoals armoede en beperkte toegang tot de zorg, een rol in de evolutie?

Hoe beoordeelt u de impact van de afbouw van laagdrempelige zorginitiatieven op de vroegtijdige opsporing en behandeling van tuberculose?

Welke maatregelen neemt u om de toegang tot diagnose, behandeling en opvolging te verbeteren?

In welke mate wordt sociale ondersteuning zoals huisvesting en psychologische of psychosociale begeleiding geïntegreerd in het zorgtraject, gelet op het belang ervan voor therapietrouw en behandelingsucces?

Aansluitend bij de vragen van collega's, acht u het nodig om bijkomende investeringen te doen om de grip op tuberculose te versterken en de opkomst van resistentere vormen te voorkomen?

01.04 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, en Belgique, 950 nouveaux cas de tuberculose ont été enregistrés en 2024, soit une hausse de 10 % par rapport à l'année précédente. Si la hausse est plus marquée à Bruxelles, c'est aussi le cas dans la région du Centre, dont je suis originaire. Le responsable du service de pneumologie du CHU Tivoli de La Louvière confirme en effet une recrudescence de cas de tuberculose sur le terrain.

En Belgique, la tuberculose touche principalement les personnes vivant dans la pauvreté, sans logement stable ou ayant des difficultés d'accès aux soins. Or les réformes entamées par le gouvernement fédéral – et je pense notamment à la réforme du chômage – risquent d'accroître la précarisation d'une partie de la population. Dans ce contexte, il est important de rappeler qu'il y a encore quelques mois, le vaccin contre la tuberculose était entièrement gratuit. Aujourd'hui, à la suite de l'augmentation du prix des médicaments, une contribution est demandée. Il s'agit de un euro par boîte pour les bénéficiaires du statut BIM et deux euros pour les autres. Pour des publics déjà fragilisés, cette évolution constitue un obstacle supplémentaire à la prévention.

Monsieur le ministre, je tenais dès lors à faire le point avec vous sur la lutte contre cette maladie.

En octobre 2025, MSF appelait les gouvernements européens à prendre des mesures urgentes face à la crise croissante dans la prise en charge de la tuberculose, à savoir la mise en conformité des protocoles de traitement avec les recommandations de l'OMS, une coordination renforcée entre les pays, des achats groupés de médicaments et une transparence des prix. Comment la Belgique a-t-elle réagi à cet appel?

En concertation avec les entités fédérées, quelles nouvelles initiatives envisagez-vous pour freiner la hausse des cas de tuberculose, soutenir les structures hospitalières spécialisées dans le traitement de la maladie ainsi que les associations spécialisées dans la protection et pour améliorer la prise en charge de ces patients vulnérables?

Désormais, les médicaments ne sont plus gratuits. Comptez-vous revenir sur cette mesure et rendre à nouveau le traitement gratuit comme il l'était encore il y a quelques mois?

01.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de vorige sprekers hebben de problematiek al voldoende ingeleid. Ik wil ingaan op een ander aspect, met name het feit dat tuberculose in de eerste plaats mensen treft die al in armoede leven. Wie op straat leeft of in slechte, vochtige woningen verblijft, loopt een aanzienlijk hoger risico. In die context is een verhoging van het remgeld een extra drempel, zeker voor die mensen, omdat ze dat vandaag al moeilijk kunnen betalen.

Veel artsen vrezen dat kwetsbare patiënten hun behandeling zullen stopzetten. Dat is nadelig voor de volksgezondheid, want een besmette patiënt kan veel andere mensen in vergelijkbare omstandigheden besmetten. Bovendien is er ook een toename van multiresistente tuberculose, wat de behandeling nog moeilijker maakt. Er zijn meer geneesmiddelen nodig, waardoor de impact van de remgeldverhoging nog groter kan zijn.

Ik heb hierover de volgende vragen. Hoe evalueert u de stijging van tuberculose in ons land en in het bijzonder het toenemende risico op multiresistente tuberculose? Welke maatregelen zult u nemen om de behandeling en de opvolging van tuberculose te verbeteren? Hoe zult u als minister van Armoedebestrijding inzetten op het bereiken van kwetsbare groepen? Plant u bijkomende preventieve maatregelen?

Is het niet cruciaal om een aantal drempels naar de zorg weg te werken? Organisaties zoals de Damiaanactie beschikken over een jarenlange expertise in de bestrijding van tuberculose bij kwetsbare groepen. Maakt u daarvan gebruik? Treedt u met hen in overleg of zult u dat in de toekomst doen?

Er was dit weekend een reportage op de Nederlandse televisie over hoe de blokkade in de Straat van Hormuz de toegang tot generische geneesmiddelen beperkt, omdat een deel van daar wordt ingevoerd. Volgens mij horen generische antibiotica, gebruikt in de bestrijding van tuberculose, daar ook bij. Hebt u weet van een dergelijke impact?

01.06 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb zojuist de website van gezondbelgië.be geraadpleegd, waar een aantal cijfers worden gerapporteerd over tuberculose. Daarbij vallen toch een aantal zaken op.

Zoals de collega's al aangaven, zijn er duidelijke verschillen tussen de gewesten, met vooral Brussel als uitschieter. Als we verder kijken, zien we bovendien dat de problematiek bij personen zonder de Belgische nationaliteit aanzienlijk groter is. Ook binnen die groep is de leeftijdsverdeling heel opvallend. Vooral de categorie van 15- tot 29-jarigen en in het bijzonder mannelijke personen binnen die leeftijdsgroep blijken zwaar getroffen te zijn.

Hoe verklaart u dat, mijnheer de minister? Er is immers niet alleen een duidelijk verschil tussen de geslachten, maar ook in de leeftijdsverdeling tussen Belgen en niet-Belgen. Beschikken we hiervoor over een strategie en een specifiek plan van aanpak?

La **présidente**: S'il n'y a plus de demande d'intervention, la parole est à M. le ministre.

01.07 Minister Frank Vandenbroucke: Tuberculose moet ons inderdaad heel erg bezighouden. We volgen de ontwikkeling zeer nauw op. Zo hebben we bijvoorbeeld in oktober nog een vergadering gehad van de Risk Management Group met onder andere dokter Arrazola de Onate over de stijging van de tuberculosegevallen bij migranten. Er was nog een tweede vergadering in oktober, waarop we de verantwoordelijke actoren hebben samengeroepen.

Het gaat inderdaad over een ziekte die kwetsbare groepen treft, zoals verzoekers om internationale bescherming, dak- en thuislozen en mensen zonder papieren. Het komt zeer veel voor in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest. Er is inderdaad een duidelijke samenhang met armoede en kwetsbaarheid. We moeten dit dus zeer nauw opvolgen en het ook in zijn brede sociale dimensie bekijken.

Ik kom dan meteen tot het debat over remgelden op geneesmiddelen. Ik herhaal – misschien nog uitdrukkelijker dan eerder – wat ik daarover al gezegd heb. We hebben beslist om een minimaal remgeld van 1 of 2 euro per verpakking te vragen. Mensen die in ons land verzekerd zijn, worden echter beschermd door de maximumfactuur. Mensen met een bescheiden inkomen bereiken relatief snel het plafond van de maximumfactuur. Die 1 of 2 euro moeten zij uiteindelijk dus niet betalen. Dat is essentieel.

Daarnaast wordt de doelgroep waarover het hier gaat, in het bijzonder beschermd door een overeenkomst met BELTA-TBnet. Remgelden die deze mensen moeten betalen en die ze financieel niet aankunnen omdat ze kwetsbaar zijn, kunnen rechtstreeks, bijvoorbeeld door apothekers, worden gefactureerd aan BELTA-TBnet. We investeren 1,8 miljoen euro in de terugbetaling van medicamenten. Daarnaast investeren we meer dan een half miljoen euro in therapiebegeleiding voor de meest kwetsbare tbc-patiënten.

Met andere woorden, mensen in financiële moeilijkheden die tot die tbc-doelgroep behoren, betalen geen remgeld. Ook die 1 of 2 euro worden dus gefactureerd aan de sociale zekerheid via de overeenkomst met BELTA-TBnet. Ik heb uiteraard contact met de verantwoordelijken van die organisaties. Zij geven aan dat er tot op heden geen grote problemen zijn en dat er in de praktijk geen

gevaar is voor de volksgezondheid, vermits die mensen worden opgevangen. Daarmee wil ik niet zeggen dat we in de beste der werelden leven.

Men signaleert dat dit voor sommige mensen administratief complex is. Voor mensen die in open officina eerst zelf moeten voorschieten, waarbij papieren in orde moeten worden gebracht, kan het administratief complex zijn. Dat wordt mij gesignaleerd en ik wil erover nadenken. De administratieve complexiteit is echter veel breder dan die 1 of 2 euro. Ik wil nadenken over de vraag hoe we dat kunnen oplossen. Die 1 of 2 euro verandert daaraan wezenlijk niets. Voor sommige mensen is en blijft dit administratief complex.

Nogmaals, de verantwoordelijken van BELTA-TBnet zeggen mij dat, ondanks wat hierover gezegd is en wat daarover in de pers is verschenen, er tot op heden geen groot probleem is. Men heeft dat, sinds het begin van dit jaar, voor de betrokken patiënten kunnen opvangen binnen het bestaande systeem. Het komt er eigenlijk op neer dat we het remgeld en ook de remgeldverhogingen voor die mensen gewoon terugbetalen.

Ik wil dat beklemtonen, want we nemen deze maatregelen niet lichtzinnig. Het betreft maatregelen die grote groepen mensen raken, maar de maximumfactuur beschermt alle mensen die in ons land verzekerd zijn tegen een te hoge last van remgelden. Mensen met een bescheiden inkomen zitten relatief snel aan dat plafond, waardoor doktersbezoeken en medicijnen gratis worden. Die groep wordt beschermd door een conventie, waarbij mensen die het financieel moeilijk hebben al hun remgelden terugbetaald krijgen of ze zelfs niet moeten betalen. Er is voor sommige van die mensen een zekere administratieve complexiteit. Daarover wil ik nadenken. Die bestond echter al vóór de invoering van die 1 of 2 euro, aangezien er ook andere behandelingen zijn.

Met andere woorden, ik blijf erbij dat we die maatregel niet lichtzinnig hebben ingevoerd. De betrokken organisatie zegt mij dat er vandaag geen grote problemen rijzen en we nemen geen maatregelen die rechtstreeks in strijd zijn met de volksgezondheid. Ik heb daarnet gezegd dat dit niet betekent dat we in de beste der werelden leven.

Un problème extrêmement urgent existe à Bruxelles, où, en raison du blocage politique et de l'absence d'un gouvernement de plein exercice, des initiatives en première ligne ont dû arrêter leurs activités ou ont rencontré des difficultés de continuité.

Cela pèse évidemment sur l'organisation des soins à Bruxelles. Je ne reproche cela à personne. Il y avait un blocage politique. C'était une responsabilité partagée, sans doute. Mais j'espère de tout cœur que le nouveau gouvernement bruxellois continuera à subventionner toutes ces initiatives et les relancera car elles sont importantes pour soigner les patients de ce groupe cible, et d'autres groupes cibles d'ailleurs.

Mijnheer Van Lysebettens, u overvalt mij met een nieuwe vraag over generische antibiotica die geblokkeerd zouden zijn ten gevolge van de oorlog die de heer Trump en de heer Netanyahu hebben gelanceerd. Ik zal dat moeten verifiëren.

01.08 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

Iedereen is beschermd door de maximumfactuur, men komt relatief snel aan dat plafond, zegt u, maar de onderste grens is toch 270 euro? Er zijn tuberculosepatiënten die daar niet aan komen.

01.09 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is zelfs niet juist. Eigenlijk is er nog een lager plafond, maar dat heeft nu niet veel belang.

01.10 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Kunt u mij zeggen over welk plafond dat gaat?

01.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als men chronisch ziek is, wordt het plafond met 100 euro extra verlaagd.

01.12 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Een tbc-patiënt is niet chronisch ziek. Dat is een acute behandeling.

01.13 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb heel nadrukkelijk gezegd dat de maximumfactuur geldt voor mensen die sociaal verzekerd zijn in dit land. De doelgroep waarover het hier gaat, zijn mensen zonder papieren, mensen die in een asielprocedure zitten en dak- en thuislozen. Daarvoor is er de conventie met BELTA-TBnet, waarbij we alleen al voor medicamenten 1,8 miljoen euro investeren. Dat dekt ook het remgeld van medicamenten waarvan het remgeld nu stijgt en aangepast wordt. Alle remgelden van mensen met tbc die het financieel moeilijk hebben, worden ofwel rechtstreeks betaald ofwel terugbetaald via de conventie met BELTA-TBnet. Dat is iets anders dan de maximumfactuur. Ik heb dus niet gezegd dat die mensen genieten van de maximumfactuur.

01.14 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): U hebt letterlijk gezegd dat de maximumfactuur iedereen beschermt en dat men relatief snel aan dat plafond komt.

01.15 Minister **Frank Vandenbroucke**: De sociaal verzekerden heb ik gezegd, mevrouw Eggermont.

01.16 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Ik kom meteen op BELTA-TBnet, maar u hebt ook over de maximumfactuur gesproken.

01.17 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb gezegd dat we voor de sociaal verzekerden de maximumfactuur hebben en voor deze groep de BELTA-TBnet conventie. Ik heb al eerder vastgesteld dat u toch wat beter moet bestuderen wat die maximumfactuur precies is en doet. U mag polariseren – ik doe dat ook –, maar u moet juist herhalen wat ik heb gezegd.

01.18 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): U hebt daarnet in uw antwoord toch verwezen naar de maximumfactuur als bescherming? Het eerste punt dat ik in mijn repliek wil maken, is dat de drempel voor de maximumfactuur zo hoog ligt dat de meeste tuberculosepatiënten die niet halen, waardoor dit geen antwoord biedt op de gestelde vragen.

U zwaait met de maximumfactuur. Ik heb u gevraagd wat dan het exacte bedrag is. Het gaat niet over chronische patiënten. De tbc-patiënten komen met hun facturen niet aan de maximumfactuur, dus dat is geen antwoord op de vraag. Dan verwijst u naar BELTA-TBnet, maar dat is net hetzelfde als tegen de mensen wier werkloosheid in de tijd wordt beperkt zeggen dat ze maar naar het OCMW moeten gaan. Dat is de factuur doorschuiven naar iemand anders. De artsen hebben erop gewezen dat door wat u op deze manier doet de mensen die hun papieren correct in orde brengen en ingeschreven zijn bij een ziekenfonds nu worden gestraft ten opzichte van de mensen die niet in orde zijn en die terechtkomen bij het opvangnet. Dat is het perverse effect daarvan.

Ook bij BELTA-TBnet is er onderfinanciering en personeelstekort. Voor al die mensen die nu meer remgeld moeten betalen, is er dus enkel het antwoord dat ze dan maar naar het OCMW of naar BELTA-TBnet moeten gaan die dat dan maar moeten oplossen. Dat is wel een enorme administratieve drempel. Verschillende artsen trekken aan de alarmbel, maar uw antwoord is weeral dat dat allemaal quatsch is, dat u dat gewend bent, dat er geen problemen zijn, dat de mensen zich vergissen. Er zijn nochtans mails, berichten en telefonische contacten en dat werd ook gezegd op werkbezoeken en in de pers, maar blijkbaar is dat allemaal niet juist. Het is nochtans dokter Arrazola, waarmee u hebt samengezeten, die daarover zijn bezorgdheid uit in de pers.

U zegt dat u geen maatregelen neemt die in strijd zijn met de volksgezondheid, maar u weet toch dat de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie inhouden dat het gratis is? U kunt dan toch bevestigen dat het huidige beleid in strijd is met de richtlijnen van die organisatie, die verantwoordelijk is voor de volksgezondheid?

U hebt ook niet geantwoord op mijn vraag. U schermde met de woorden dat u een kleine bijdrage vraagt om de zorg algemeen betaalbaar te houden, maar als het over ongeveer 1.000 patiënten per jaar gaat die een remgeld van 2 euro per verpakking betalen, dan spreken we niet over miljoenen. Met één maandloon kunt u het probleem oplossen, mijnheer de minister.

Als u dan schermt met de budgettaire impact, klopt dat natuurlijk niet. U hebt op mijn vraag niet geantwoord, omdat u natuurlijk weet dat het geen steek zou houden. Dus ja, we zullen hier later nog over praten.

01.19 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie pour la réponse.

Je vais m'attarder sur l'augmentation du ticket modérateur pour la tuberculose. Pour moi, cette mesure est contre-productive en termes de santé publique.

Tout d'abord, vous instaurez une barrière supplémentaire, qui fera en sorte que les gens ne prendront peut-être pas leur traitement, ce qui engendrera une recrudescence des infections à soigner. Certes, vous dites qu'ils peuvent se faire rembourser autrement. S'ils le font, il ne s'agit pas d'une économie, puisque c'est une autre caisse qui paiera; de plus, il faudra engager une assistante sociale pour faire remplir des documents, etc.

Ensuite, vous allez clairement à l'encontre d'une directive de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Selon vous, les personnes qui gèrent la tuberculose et avec lesquelles vous vous êtes entretenu n'y voient pas de problème. Oui, mais les médecins qui nous ont contactés et qui nous ont parlé honnêtement de leurs problèmes ne sont-ils pas un peu des canaris dans la mine? Ils voient des choses arriver dont vous verrez peut-être les conséquences dans quelques années. Ils sont inquiets non seulement pour les patients atteints de tuberculose, mais aussi pour les autres patients comme les patients VIH. Vous envoyez le signal d'une stigmatisation de cette maladie. Pour ces patients-là, ce sont des coûts supplémentaires.

Madame la présidente, je pense que M. le ministre souhaite ajouter quelque chose.

01.20 **Minister Frank Vandenbroucke:** Ik heb hier een mail van dokter Wouter Arrazola. Ik lees letterlijk voor wat daarin staat: "We houden de situatie dagelijks in het oog. We zijn 2,5 maand ver, 235 patiënten. We zien voorlopig geen grotere problemen. Onze tb-verpleegkundigen zijn voorzien om in geval van nood 1 of 2 euro snel zelf voor te schieten. Is dat allemaal ideaal? Neen. Is er een gevaar voor de volksgezondheid, zoals gesteld? Helemaal niet." Ondertekend: Wouter Arrazola. Dat heb ik hier op mail. Voor de rest geef ik geen commentaar meer. Ik houd mij daaraan.

La présidente: Bien que je ne participe pas au débat d'actualité, je peux témoigner de ce qui nous a été dit lors de la visite des membres de la commission à l'hôpital Saint-Pierre. Ces préoccupations ont été clairement évoquées par les médecins et le service que nous avons visité, et je souhaitais en attester. Ce n'est d'ailleurs pas pour rien qu'il y a aujourd'hui un débat d'actualité sur le sujet.

01.21 **Sofie Merckx (PVDA-PTB):** J'abonde dans votre sens. J'ai eu des échanges avec la médecin rencontrée. Par courriel, elle me dit apprécier que quelqu'un se préoccupe de leurs patients précaires. Tous les médicaments remboursés sont maintenant payants, ce qui, de leur point de vue d'infectiologues, s'avère surtout problématique pour les patients atteints de tuberculose et de VIH. Elle demande encore s'il est possible d'envisager une exemption de paiement pour les pathologies à impact significatif sur la santé publique, telles que la tuberculose et le VIH.

Monsieur le ministre, vous prenez des mesures qui vont à l'encontre des recommandations de l'OMS. Les médecins sur le terrain vous alertent déjà. Il est peut-être judicieux de les écouter maintenant avant qu'il ne soit trop tard.

01.22 **Irina De Knop (Anders.):** Ik heb geen bijkomende vragen, alleen stel ik vast dat het enigszins een linkse discussie wordt. Wij moeten hier echter geen ideologische discussie voeren, wij moeten een beleid voeren dat ervoor zorgt dat de cijfers teruggedrongen worden.

Zoals ik vaker hoor bij Arizona, moeten de steden, met name Brussel, hun problemen zelf oplossen. Dit betreft echter een probleem dat verder gaat dan Brussel. Daarin moet ook de federale overheid haar verantwoordelijkheid nemen.

01.23 **Patrick Prévot (PS):** Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse.

J'entends effectivement qu'il y a eu une réunion du Risk Management Group en octobre. Vu les chiffres alarmants, même si je ne doute pas que les choses sont monitorées, il serait certainement de bon aloi de pouvoir organiser une nouvelle réunion.

On le sait, c'est une maladie qui touche des groupes vulnérables et les personnes qui vivent dans la précarité. Il y a un vrai lien direct entre la pauvreté et la maladie et, malheureusement – ce n'est pas

un grief que je formule à votre égard, mais davantage à certains collègues du gouvernement – l'Arizona fabrique de nouveaux pauvres avec les mesures qu'il prend, ce qui risque évidemment d'avoir un impact direct sur cette maladie.

Vous avez rappelé les chiffres pour Bruxelles et évoqué le contexte politique, que je tiens à nuancer puisque mes chiffres dataient de 2024 et qu'il y a eu un gouvernement de plein exercice jusque juin 2024.

Dans la région du centre, que je connais bien, la tuberculose ne s'arrête pas au sans-abrisme ni aux personnes qui passent sous les radars. Les chiffres inquiètent. J'ai été personnellement interpellé par des personnes qui travaillent au Tivoli à La Louvière, preuve qu'il est important de saisir cette problématique.

Quant au débat sur le ticket modérateur de 1 ou 2 euros, j'entends la philosophie qui est la vôtre. On ne peut toutefois éluder le fait que certaines personnes ont des situations personnelles compliquées, avec une situation administrative parfois chaotique. Comme elles sortent des radars, elles doivent parfois avancer ce ticket modérateur parce qu'on n'arrive pas à les retrouver au niveau administratif, et parfois ne le peuvent pas. Pour ces publics les plus vulnérables et les plus précarisés, il faut évidemment prendre des mesures.

Je vous remercie en tout cas pour les réponses que vous avez pu nous apporter.

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

In uw antwoord geeft u zelf aan met welk bescheiden budget BELTA-TBnet werkt om tuberculose te bestrijden en welke resultaten daarmee worden geboekt. Het zou goed zijn om daar in het kader van die strijd ook voldoende op in te zetten.

In uw antwoord mis ik wel de preventieve maatregelen rond levensomstandigheden, waarvoor u bevoegd bent als minister van Armoedebestrijding. Het is noodzakelijk om veel proactiever te werken. De incidentie in Brussel ligt zo hoog, omdat in de betrokken doelgroep nu eenmaal veel mensen op straat leven in ongezonde omstandigheden. Het is beter om op dat vlak sneller in te grijpen en preventiever te werken dan de ziekte verder te medicaliseren.

Met de Straat van Hormuz heb ik u overvallen. Ik verwacht daar niet meteen een antwoord op, maar wil het vooral onder uw aandacht brengen. Ik heb zelf een en ander nagekeken op FarmaStatus. Daar vond ik dat er half maart een beperkt tekort was aan amikacine in bepaalde verpakkingen. Dat is volgens mij daaraan te wijten, omdat het een generisch antibioticum is. In het algemeen is dit een problematiek die we in de gaten moeten houden. Er gaat veel aandacht naar olie en gas en dergelijke, maar de volksgezondheid is ook afhankelijk van betaalbare medicijnen.

01.25 Jan Bertels (Vooruit): Collega's, we zijn allemaal bekommerd om wat de heer Van Lysebettens heeft aangehaald: de strijd tegen tuberculose (tbc). We moeten dus aandacht hebben voor de toename van het aantal gevallen. De minister heeft daar ook naar verwezen.

Mijnheer de minister, ik neem aan dat de Risk Management Group (RMG) de situatie van nabij opvolgt. Dat doet de RMG niet alleen in een vergadering in oktober, maar 'dagelijks'. Die nauwe opvolging is noodzakelijk, want de cijfers en bepaalde stijgingen zijn verontrustend.

Daarnaast moeten we ervoor te zorgen dat wie besmet is met tbc ook hulp zoekt in de gezondheidszorg. We mogen ook ruiterlijk erkennen dat we een beschermingsmechanisme hebben, zodat iedereen aan die zorg kan komen. Dat geldt ook voor de bedden in het UMC Sint-Pieter, waar er financieringsproblemen zijn. We beschikken echter over een systeem waarmee iedereen zorg kan krijgen. Daarvoor bestaat een beschermingsmechanisme, namelijk de maximumfactuur, voor sociaal verzekerden, mensen die in orde zijn met hun socialezekerheidsstatus. Die maximumfactuur geldt voor de totale gezondheidszorguitgaven, niet alleen voor de remgelden voor tbc-geneesmiddelen. Het plafond kan lager. Daarover bestaat discussie, maar het blijft een beschermingsmechanisme.

Ik doe een tweede oproep. Mijnheer de minister, u hebt verwezen naar het beschermingssysteem voor niet-verzekerden, bijvoorbeeld mensen zonder verblijfsdocumenten of mensen die niet sociaal

verzekerd zijn. BELTA-TBnet levert goed werk. Wie mensen ontmoet die problemen ondervinden om toegang te krijgen tot gezondheidszorg voor tbc, kan hen daarnaar verwijzen. Dat systeem dient daarvoor.

Collega's, we beschikken over een uitgebreid witboek van maatregelen in de gezondheidszorg voor – in neutrale bewoordingen uitgedrukt – maatschappelijk kwetsbare personen, met inbegrip van mensen zonder verblijfsdocumenten die een volksgezondheidsrisico kunnen vormen in onze maatschappij. Die mensen moeten we helpen. Verwijs hen naar de juiste kanalen: straatverpleegkundigen, Community Health Workers en Dokters van de Wereld. Dat zijn hulpmiddelen die wij financieren via de gezondheidszorg.

Mijnheer Van Lysebettens, daarnaast zijn er nog andere noden, zoals huisvesting. Die wordt echter niet gefinancierd via de gezondheidszorg, want daarvoor bestaan andere instanties. Uiteraard moet daar ook aan worden gewerkt. We moeten zorgen voor een systeem waarin iedereen kan gedijen. Jaag de betrokken mensen alstublieft geen schrik aan, maar moedig hen aan om gezondheidszorg te zoeken. Schrik hen niet af door te suggereren dat zij die zorg misschien niet zullen kunnen betalen. Die zorg is betaalbaar en kan, indien nodig, gratis worden verstrekt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 **Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins psychiatriques" (56012277C)**

02 **Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Psychiatrische zorg" (56012277C)**

02.01 **François De Smet (DéFI):** Monsieur le ministre, il me revient qu'il est de plus en plus difficile pour des personnes en détresse mentale d'obtenir un rendez-vous chez un psychiatre. En effet, soit les praticiens ne prennent plus de patients soit les délais d'attente sont trop longs. Par ailleurs, les statistiques dont je dispose évoquent un taux de 23 % de cas supplémentaires en urgences psychiatriques, mais dans un réseau qui est déjà saturé. Obtenir un rendez-vous chez un psychiatre prend beaucoup de temps; passer par les urgences est plus rapide. C'est ainsi qu'à la Clinique Saint-Pierre d'Ottignies, par exemple, la moitié des patients qui sont hospitalisés le sont à partir du service des urgences. De plus, 80 % des patients viennent d'eux-mêmes aux urgences et ne sont donc pas envoyés par un spécialiste ou un généraliste. Les urgences psychiatriques sont confrontées principalement à deux types de situation: des patients qui souffrent d'une maladie mentale – psychose, dépression, etc. – et qui viennent dans le cadre d'une décompensation; et des personnes qui sont confrontées aux accidents de la vie – perte, problème professionnel, etc.

Monsieur le ministre, confirmez-vous l'analyse selon laquelle il est difficile de faire appel à un psychiatre pour les raisons précitées? Certaines régions sont-elles davantage touchées, et ce en dehors du recours aux urgences? Dans l'affirmative, cette question vous inquiète-t-elle et sera-t-elle abordée au sein de la CIM Santé mentale inhérente au plan interfédéral de santé mentale que vous portez? Des pistes sont-elles envisagées avec les organisations représentatives du corps médical pour améliorer l'attractivité de la profession de psychiatre?

02.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** Monsieur le représentant, la pression croissante sur le secteur de la santé mentale ne peut pas être comprise uniquement comme le reflet d'une augmentation du nombre de troubles psychiques. Elle révèle également un problème structurel plus vaste, marqué par les pénuries persistantes au plan professionnel, une capacité insuffisante des services et une accessibilité réduite, tant dans les soins de santé que dans les services de Bien-être, Handicap et Aide à la jeunesse.

Dans le cadre de la réforme de la nomenclature pour la partie "consultations et prestations associées" (comme la surveillance), un travail intensif de concertation a été mené avec le secteur au sein d'un groupe de travail qui s'est penché sur la modernisation de la nomenclature des prestations psychiatriques. En effet, l'actuelle est en partie dépassée, insuffisamment différenciée et ne tient pas compte de la complexité croissante des soins, de la nécessité de la multidisciplinarité, de la prise en charge au-delà des murs de l'hôpital ni de la nécessité de valoriser correctement les consultations. Tous ces éléments influent indirectement sur l'accessibilité.

Bien que la réforme de la nomenclature n'apporte pas de réponse directe à toutes les causes des temps d'attente, un cadre de financement mieux harmonisé, plus transparent et tourné vers l'avenir peut contribuer à une meilleure organisation, à une meilleure répartition de l'offre et à l'attractivité de la profession.

Par ailleurs, d'autres dispositifs se développent afin de faciliter l'accès à des soins de santé mentale spécialisés, même lorsqu'ils n'impliquent pas nécessairement une consultation psychiatrique.

Dans le contexte de pénurie décrit plus haut, ces alternatives apparaissent indispensables. Les psychologues de première ligne constituent l'une de ces réponses. Plus récemment, le projet de psychiatrie d'urgence et de proximité peut également faire partie de la solution. Lancé en juillet 2024, ce dispositif organise l'intervention rapide, avec un départ dans la demi-heure, d'équipes mobiles de crise spécialisées en santé mentale, à la demande de la police, des médecins généralistes ou des services d'urgence. Il permet un travail de désescalade, de soutien, de suivi et d'orientation auprès de personnes en situation de crise aiguë. Réalisé par des professionnels de la santé mentale et supervisé par un psychiatre, ce travail contribue à apaiser la situation tout en organisant un suivi psychiatrique ultérieur.

Voici des éléments de réponse. Évidemment, monsieur De Smet, c'est un vaste chantier mais je crois qu'on y travaille.

02.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui, je le reconnais, est assez exhaustive.

L'élément manquant, mais cela ne dépend pas spécialement de vous, c'est l'information relative à tous les nouveaux processus que vous décrivez et qui ne se réduisent en effet pas aux soins psychiatriques. À cet égard, c'est également aux communautés de prendre leurs responsabilités.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: M. Van Tigchelt n'étant pas présent, sa question n° 56013386C est sans objet.

03 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De structurele begeleiding van stagiairs en starters in de zorg" (56013401C)

03 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accompagnement structurel des stagiaires et des débutants dans les soins de santé" (56013401C)

03.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, Zorgnet-Icuro heeft in recente aanbevelingen gevraagd om structurele financiering voor de begeleiding van stagiairs en starters in de zorg op te nemen, ook om een duurzame dialoog tot stand te brengen tussen de overheid, zorgorganisaties en onderwijsinstellingen.

Die oproep komt er tegen een zorgwekkende achtergrond. Uit een studie van IDEA Consult, in opdracht van de FOD Volksgezondheid, blijkt dat 16 % van alle verpleegkundigen overweegt om het beroep te verlaten binnen de komende 1 tot 5 jaar. Bij verpleegkundigen jonger dan 35 jaar loopt dat zelfs op tot 1 op de 4. Tegelijk kent de sector een structureel instroomtekort, met slechts 80 instromers per 100 uitstromers.

Zorgorganisaties leveren vandaag alle mogelijke inspanningen om stagiairs en nieuwe medewerkers te begeleiden, vaak boven op een zeer hoge werkdruk. Zorgnet-Icuro wijst er dan ook op dat die begeleiding geen bijkomende luxe is, maar een cruciale hefboom om zorgverleners aan boord te houden. Zonder structurele ondersteuning dreigt die begeleiding afhankelijk te zijn van individuele goodwill, vandaar mijn vragen.

Hoe beoordeelt u de vaststelling dat vooral jonge verpleegkundigen in grote mate overwegen om het beroep te verlaten? Welke rol ziet u daarbij weggelegd voor begeleiding bij de start van de loopbaan?

Bent u bereid om het voorstel te onderzoeken om te voorzien in structurele financiering voor begeleiding en onthaal van stagiairs en starters, zoals de vraag naar bijkomende middelen om per zorgorganisatie minstens een halftijdse begeleidingsfunctie mogelijk te maken?

Kunt u ons ook meegeven welke federale instrumenten vandaag al bestaan om stagebegeleiding en mentorschap in de zorg te ondersteunen, en of die volstaan om de huidige uitstroombproblematiek aan te pakken?

Hoe wilt u, eventueel samen met de deelstaten, werk maken van een structurele dialoog tussen de overheid, zorgorganisaties en onderwijsinstellingen, onder meer over de stageplanning en de rolverdelingen, de mentoropleidingen en de evaluaties van de stage?

Bent u bereid om die aanbevelingen mee te nemen in het bredere beleid rond zorgpersoneel en het behoud van talent?

Alvast bedankt voor uw antwoorden.

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, verpleegkundigen in de zorg behouden en de aantrekkelijkheid van het beroep vergroten, is inderdaad een zeer belangrijke werf.

Op ons niveau – u weet dat, mevrouw De Knop – hebben we hervormingen gelanceerd om de loopbaan van iemand met een diploma verpleegkunde interessanter en aantrekkelijker te maken, onder meer door in plaats van een vlakke loopbaan een traject met doorgroeimogelijkheden te creëren, met meer autonomie en meer waardering voor het beroep. Sommige van die hervormingen zijn nog niet volledig uitgewerkt, andere wel. Het is nog wat vroeg om dat te evalueren, maar we moeten die lijn verder doortrekken.

Een ander aspect betreft mensen die nog in stage zijn. Dat verschilt van de situatie van mensen die pas aangeworven zijn. Wie nog in stage is, valt onder een onderwijsbevoegdheid. Het goed begeleiden van stagiairs tijdens hun onderwijsloopbaan en het tussenkomen in de kosten tijdens die periode, behoren tot de bevoegdheid van de onderwijsdepartementen. Daar kom ik niet in tussen.

Ik moet mijn beleidsinspanningen, hervormingen en budgetten concentreren op mensen die hun diploma hebben behaald en aan het werk gaan, of die we kunnen aantrekken om in de sector te werken. Daarover spreken we ook met de sociale partners. Verschillende pistes komen daarbij aan bod, onder meer mentorschap voor starters na het behalen van hun diploma en het opnieuw aantrekken van mensen naar de sector.

03.03 **Irina De Knop** (Anders.): Dat is natuurlijk een vrij beperkt antwoord. Ik begrijp volledig dat stagebegeleiding een regionale bevoegdheid is, maar zoals u over veel zaken overleg pleegt met uw Vlaamse collega, kunt u dat hierover zeker ook doen. Met uw collega voor Welzijn en uw collega voor Onderwijs kunt u perfect samen maatregelen uitwerken die tegemoetkomen aan die problematiek.

Ik ben zelf een tijd actief geweest in het Vlaams Parlement. Dat is wel al van 2014 geleden, maar ook toen werd al geklaagd over het feit dat stages onvoldoende begeleid werden. Dat is vandaag nog steeds actueel en het is zelfs erger geworden.

Het feit dat zoveel startende verpleegkundigen overwegen om te stoppen, wijst er bovendien op dat de maatregelen die u hebt genomen om het diploma aantrekkelijker te maken en een doorgroeiloopbaan te creëren, niet de gewenste effecten hebben.

Ik ben dan ook ontgoocheld in uw antwoord, want dit is essentieel in het beleid dat u zou moeten voeren. Als we willen dat er in de toekomst nog voldoende handen aan het bed zijn, dan is dit de essentie van wat we moeten aanpakken in de gezondheidszorg.

Het baart mij zorgen dat uw antwoord over tuberculose, hoe belangrijk dat ook is, langer is dan uw antwoord over wat de kern vormt van onze gezondheidszorg.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "AI-chatbots als medische raadgever" (56013402C)

04 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le recours aux chatbots d'IA comme conseillers médicaux" (56013402C)

04.01 Irina De Knop (Anders.): Ik verwijs naar de schriftelijke voorbereiding van mijn vraag.

Kunstmatige intelligentie vindt steeds sneller haar weg naar de gezondheidszorg. AI-modellen slagen erin medische examens met succes af te leggen en ondersteunen artsen bij beeldvorming en diagnostiek. Tegelijk groeit ook het gebruik van AI-chatbots zoals ChatGPT door burgers die op zoek zijn naar medisch advies bij klachten.

Recent onderzoek van de Universiteit van Oxford, gepubliceerd in Nature Medicine, werpt echter een kritisch licht op die praktijk. Uit de studie blijkt dat proefpersonen die AI-chatbots raadpleegden bij fictieve maar realistische medische scenario's, niet vaker correcte beslissingen namen dan personen die enkel zelf online informatie zochten. Slechts 35 procent maakte een juiste inschatting van de aandoening en in minder dan de helft van de gevallen werd een gepaste actie gekozen.

Opvallend is dat de AI-modellen wél correct konden redeneren wanneer ze over volledige medische informatie beschikten, maar in echte chats vaak onvoldoende vervolgvragen stelden, te snel conclusies trokken en zo potentieel gevaarlijk advies gaven. Volgens de onderzoekers zijn deze modellen niet ontworpen voor veilige triage of voor communicatie met patiënten in stressvolle situaties.

Tegen die achtergrond had ik graag een antwoord op de volgende vragen:

Hoe beoordeelt de minister deze onderzoeksresultaten, in het licht van de toenemende populariteit van AI-chatbots als laagdrempelige medische raadgever bij burgers?

Ziet de minister risico's voor patiëntenveiligheid, met name bij urgente of levensbedreigende klachten, wanneer burgers AI-systemen gebruiken in plaats van of vóór contact met een zorgverlener?

Wordt binnen het federale gezondheidsbeleid overwogen om richtlijnen, waarschuwingen of sensibiliseringscampagnes, of waarom niet praktische tips en opleiding, te voorzien over het gebruik van AI-chatbots voor medisch advies?

Hoe verhoudt dit fenomeen zich volgens de minister tot bestaande initiatieven rond digitale gezondheid, teleconsultatie en medische triage, waarbij net duidelijke protocollen en menselijke beoordeling centraal staan?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, de FOD Volksgezondheid werkt aan een actieplan omtrent artificiële intelligentie dat om te beginnen rekening houdt met kaders die hiervoor ontwikkeld worden door de OESO en door de Wereldgezondheidsorganisatie, met wetgevende initiatieven van de Europese Commissie, met de te verwachten resultaten en met manieren waarop we artificiële intelligentie het best in de zorg kunnen integreren.

Daarnaast ontwikkelen ziekenhuizen in het kader van door ons gefinancierde innovatieprojecten verschillende AI-toepassingen. Voorbeelden zijn het detecteren van sepsis, het opstellen van een leesbare ontslagbrief, het ondersteunen van telemonitoring en het structureren en coderen van data. We ondersteunen die projecten, als we zien dat ze potentieel hebben voor mogelijke opschaling in andere ziekenhuizen. Sommige toepassingen genieten al internationale aandacht, zoals de leesbare ontslagbrief, die op de HIMSS-conferentie in Kopenhagen zal worden gepresenteerd.

Het FAGG wordt de *market surveillance authority* voor artificiële intelligentie en is dat ook al voor *medical devices*. Het zal dus instaan voor de *post-market surveillance* en de controle op het gebruik van AI-systemen. Daarnaast is het verantwoordelijk voor de *notified bodies*, waar AI-systemen gecertificeerd moeten worden.

De FOD zal via de Toezichtcommissie ook toezicht uitoefenen op de manier waarop zorgverleners daarmee omgaan. De AI Act, de medical device regulation en de in vitro diagnostic medical device regulation leggen bovendien duidelijke verantwoordelijkheden vast voor overheden, leveranciers, *deployers* en gebruikers. Op basis daarvan werken we een strategie uit die we in de loop van dit jaar vanuit de FOD zullen voorstellen.

Zelfdiagnose en zelfmedicatie op basis van AI kunnen we natuurlijk niet vermijden, maar we moeten er alles aan doen om het inzicht van burgers daarover te vergroten. In dat kader loopt er momenteel een studie bij de FOD samen met experts naar mogelijke initiatieven daarrond. Zo werkt men ook aan een betere exploitatie van alle bronnen van gezondheidsinformatie bij onder meer het KCE, IFIC en Gezondheid en Wetenschap, zodat de informatie zelf via een slimme zoekmotor beschikbaar wordt gemaakt voor de burger.

In het kader van de financiering van de ziekenhuizen, inzonderheid de zogenaamde Belgian Meaningful Use Criteria, is ook voorzien in vormen voor zorgverleners en is er ruimte voor veranderingsmanagement bij de invoering van digitale gezondheidstechnologieën in de praktijk.

Voor evidencebased artificiële intelligentie zijn data uiteraard cruciaal. Daarin speelt het recent opgerichte Health Data Agency een belangrijke rol, omdat dat moet verzekeren dat data op een gestandaardiseerde manier gecodeerd ter beschikking worden gesteld. Het moet er ook voor zorgen dat AI-systemen geen bias vertonen, waardoor er sprake zou zijn van vooringenomen antwoorden, noch drift, waarbij er sprake is van een evolutie van antwoorden in de tijd. Kortom, de systemen moeten evidencebased zijn en die evidentie moet zijn gevalideerd in de klinische praktijk.

La **présidente**: Monsieur le ministre, je vous arrête ici, car vous avez déjà largement dépassé le temps qui vous était alloué. Madame De Knop, si vous avez d'autres questions, vous pourrez les reformuler. Il faut reconnaître que les questions sont parfois tellement longues qu'il devient difficile pour le ministre d'y répondre dans un délai aussi court. N'hésitez donc pas à poser deux questions si vous n'êtes pas satisfaite, mais le ministre doit pouvoir se concentrer sur l'essentiel.

04.03 Irina De Knop (Anders.): Ik kan alleen maar vaststellen dat het antwoord langer is dan het antwoord over het tekort aan zorgpersoneel.

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

05 Question de Sophie Thémont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La situation des urgences dentaires du site du Brull du CHU de Liège" (56014742C)

05 Vraag van Sophie Thémont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De urgente tandzorg in de polikliniek Lucien Brull van het CHU van Luik" (56014742C)

05.01 Sophie Thémont (PS): Monsieur le ministre, je souhaite attirer votre attention sur la situation du service d'urgences dentaires du site du Brull du CHU de Liège, qui est à ce jour le seul service sans rendez-vous encore actif dans toute la région liégeoise. Ces dernières semaines, plusieurs témoignages concordants révèlent une organisation qui ne permet plus d'assurer un accueil humain. Des files se forment dès 4 h 30 ou 5 h du matin, parfois sous des températures négatives, où des patients souffrants attendent deux à trois heures dehors, faute d'espace intérieur prévu. Le personnel fait preuve d'un grand professionnalisme, mais il se retrouve à gérer une affluence totalement disproportionnée dans un dispositif inadapté et source de tension.

La participation à un rôle de garde est une obligation légale pour l'ensemble des dentistes agréés, généralistes et spécialistes. Pourtant, dans les faits, le CHU assume seul quasiment toutes les urgences dentaires de la province, faute d'une participation effective des praticiens privés. Cela crée une rupture manifeste d'égalité d'accès aux soins et met en danger des patients déjà fragilisés.

Monsieur le ministre, comment analysez-vous la situation du site du Brull et l'afflux exceptionnel de patients qu'il doit absorber? Disposez-vous d'un état des lieux du respect effectif de l'obligation de garde par les dentistes agréés, particulièrement dans la région liégeoise? Quelles mesures comptez-vous

prendre pour garantir l'application réelle de cette obligation légale, afin que les hôpitaux ne portent plus seuls la charge des urgences dentaires? Comment garantissez-vous rapidement un accès humain, sécurisé et rapide aux soins dentaires urgents pour les habitants de la province de Liège?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les urgences dentaires constituent un élément important de l'accessibilité aux soins de santé et méritent à ce titre toute notre attention. La sixième réforme de l'État a confié aux régions la compétence relative à l'organisation de la première ligne de soins, dont fait partie la permanence des soins. Au niveau fédéral, la loi qualité de 2019 prévoit, parmi les critères de qualité de la pratique professionnelle, l'obligation de participer à la permanence des soins pour chaque professionnel de santé, et ce lorsqu'une permanence est organisée dans sa profession. Par ailleurs, dans le cadre de la réglementation de l'INAMI, certaines prestations effectuées durant la garde ainsi que l'accréditation sont liées à cette participation.

À court terme, il est examiné quelles mesures peuvent être mises en place afin de renforcer le respect de l'obligation de participation à la permanence des soins par les praticiens de l'art dentaire, notamment dans le cadre de certains mécanismes existants de la réglementation de l'INAMI, par exemple en lien avec l'octroi de primes ou certaines prestations spécifiques. Ces instruments peuvent également contribuer à une meilleure participation à la garde, sans que l'autorité fédérale n'organise elle-même les services de garde.

Par ailleurs, le plan d'action en matière de contrôle des soins de santé 2026-2030 prévoit une action visant à renforcer le contrôle en ce qui concerne la facturation durant les services de garde.

05.03 Sophie Thémont (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, même si je m'attendais à ce que vous apportiez plus d'éléments. Je resterai dès lors attentive à l'efficacité et à la mise en œuvre des mesures, étant donné que cette situation est aujourd'hui clairement inacceptable. Il n'est pas normal que des patients en souffrance doivent attendre pendant des heures la nuit avant d'accéder à des soins urgents. Il faut vraiment veiller au respect de l'obligation et à un meilleur équilibre des charges entre les différentes gardes et services hospitaliers. Mais je pense, monsieur le ministre, qu'en nuance, c'est ce que vous avez dit et je reviendrai certainement vers vous car je ne suis pas convaincue que la réponse sera satisfaisante.

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

06 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De basisverpleegkunde" (56013510C)

06 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins infirmiers de base" (56013510C)

06.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de basisverpleegkundigen zijn een nieuwe groep zorgverleners die binnenkort op het werkveld komen, want de eerste groep zal in juni afstuderen. Er bestaat echter nog veel onduidelijkheid over de toekomstige verloning. Zoals iedereen in de zorg zullen ze volgens het IFIC-loonmodel worden betaald. Het laatste wat ik daarover heb vernomen, is dat nog niet duidelijk is welk loon ze effectief zullen krijgen. De correcte functieweging kan pas worden uitgevoerd wanneer de functie voldoende is ingebed en gestabiliseerd in de dagelijkse praktijk. Daarom zou er een tijdelijk barema komen.

Vanaf wanneer zal die tijdelijke inschaling van de basisverpleegkundigen worden vastgelegd? Als daarna een definitief barema wordt ingevoerd dat afwijkt van het tijdelijk barema, moet er een garantie zijn dat verworven loon niet wordt teruggevorderd. Eventuele tekorten moeten retroactief worden rechtgezet. We zitten momenteel nog met het probleem bij de zorgkundigen dat het IFIC-barema recentelijk is verhoogd, terwijl velen nog wachten op de retroactieve betaling van het loon waarop ze recht hadden en dat ze nog niet hebben ontvangen. Wat is de stand van zaken en wat is het plan voor de basisverpleegkundigen die in juni afstuderen?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Eggermont, de nieuwe functie van basisverpleegkundige moet eerst door IFIC worden beschreven en gewogen. Dat gebeurt op basis van de geleverde prestaties van basisverpleegkundigen op het terrein. Aangezien er momenteel nog geen basisverpleegkundigen actief zijn, kan die weging nog niet gebeuren. Daarom wordt in afwachting van

de definitieve weging door IFIC gewerkt aan een akkoord over een tijdelijk barema voor de basisverpleegkundigen.

De sociale partners zijn momenteel nog in overleg over de details van de modaliteiten en het tijdschema van dat tijdelijke barema. Ook de mogelijke gevolgen van een verschil tussen het tijdelijke en het definitieve barema maken deel uit van dat overleg. Zodra de sociale partners hun groen licht geven voor dat tijdelijke barema, zullen we dat communiceren.

Het finale barema zal worden vastgesteld op basis van terreinonderzoek. Zodra de eerste basisverpleegkundigen effectief op het werkveld staan, zal IFIC het onderzoek uitvoeren om de inhoud van die functies te verifiëren, te beschrijven en finaal te wegen. Vervolgens wordt een unieke functiecode toegekend en wordt de functie gekoppeld aan een IFIC-categorie en de bijhorende sectorale schaal.

06.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord.

Ik begrijp de procedure. Jammer genoeg weten we momenteel niet meer dan dat er overleg is over het tijdelijke barema en over de mogelijke gevolgen, als het definitieve barema van het tijdelijke barema afwijkt. Dat kan pas worden bepaald als de basisverpleegkundigen effectief aan het werk zijn. Men is dus gedurende een periode een proefkonijn.

U begrijpt dat dit voor de huidige studenten zeer moeilijk is. Mensen hebben nood aan zekerheid. Studenten hebben het recht om te weten wat ze zullen verdienen. Ze studeren af en beginnen te werken, maar ze weten niet welk loon ze zullen krijgen. Ze krijgen een tijdelijk loon, dat nadien zal worden rechtgezet. Het is nog niet duidelijk wat er precies zal gebeuren. Het enige dat men kan zeggen, is dat er overleg plaatsvindt. Ze zullen dus niet weten wat hun loon is wanneer ze afstuderen en aan hun eerste werkdag beginnen.

In een periode waarin er zoveel nood is aan personeel in de zorg, waarin we mensen oproepen om in die sector te werken en waarin tegelijk steeds minder mensen daaraan willen beginnen of personeelsleden vertrekken, is dat absoluut niet bevorderlijk, noch voor het zorgpersoneel, noch voor de patiëntveiligheid.

We zien bovendien dat studenten al tijdens hun opleiding afhaken. Daarbij komt nu nog dat studenten pas nadat zij aan het werk zijn gegaan, zullen weten hoeveel zij zullen verdienen. Dan pas weten ze wat dat werk waard is, uitgedrukt in verloning. Dat is weinig respectvol tegenover de studenten die binnenkort aan de slag gaan.

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

07 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Onze afhankelijkheid inzake medicatie" (56013512C)

07 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Notre dépendance en matière de médicaments" (56013512C)

07.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Deze vraag betreft een heel ander thema. Ik was getriggerd omdat u op de conferentie *l'Europe de la santé* ook hebt gesproken over de afhankelijkheid inzake geneesmiddelen.

Daarin hebt u een aantal gevaren geïdentificeerd, namelijk enerzijds, de druk vanuit de Verenigde Staten en anderzijds, de afhankelijkheid van Azië op het vlak van kritieke mineralen en de productie van generische geneesmiddelen. U sprak, ten derde, over rechtse regeringen binnen de Europese Unie die het industriebeleid vooropstellen op preventie en gezondheidszorg. Dat zijn inderdaad reële problemen. U bent zelf ook lid van een dergelijke regering.

Wat mij opvalt, is dat wat die problemen verbindt, grotendeels afwezig blijft, namelijk het feit dat die industrie privé is en de rol van de multinationals zelf. We hebben daar in het verleden al over

gedebatteerd. Wij hebben toen al het punt gemaakt dat het de farmabedrijven zelf zijn die massaal hun productie uit Europa hebben verplaatst naar landen met lagere kosten. Nu wordt opeens vastgesteld dat alle productie in Azië zit. Dat is echter logisch in een geglobaliseerd marktsysteem dat gebaseerd is op winstbejag.

Het zijn ook die bedrijven die lobbyen voor deregulering, voor hogere prijzen en voor een industriebeleid dat hun winsten moet garanderen. U weet net zo goed als ik dat de winsten in de farmaceutische sector hoger liggen dan de winsten in de algemene economie en dat de patent- en monopoliepositie van die sector daarin een belangrijke rol speelt. Wanneer u naar die drie bedreigingen kijkt, hoe ziet u de oplossingen?

Ik had begrepen dat ze er vooral in bestaan om de farmabedrijven terug naar hier te lokken met nog meer overheidssteun, enigszins in concurrentie met de Inflation Reduction Act van uw trans-Atlantische vrienden. Als dat klopt, ben ik nieuwsgierig naar het volgende. Als wij met fiscale voordelen de farmasector terug naar hier lokken, wat krijgen die bedrijven vandaag in totaal nu al aan fiscale voordelen, subsidies en andere vormen van overheidssteun? Wat wilt u daaraan nog veranderen? Ziet u geen oplossing in publieke geneesmiddelenproductie?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat zijn interessante vragen over belangrijke thema's. Uw vragen over de fiscale voordelen en de subsidies voor de farma vallen echter niet binnen mijn bevoegdheid. Daarop kan ik u dus geen antwoord geven, tenzij we ervan uitgaan dat de terugbetaling van geneesmiddelen de basis is waarop de farmaceutische industrie zich ontwikkelt en in die zin een soort van subsidie is.

Wel valt de strategie om onafhankelijker te worden onder mijn bevoegdheid. U weet dat we daar al enkele jaren sterk op inzetten en dat we ter zake echt een Europese campagne voeren. Dat betekent dat de Europese Unie de kwetsbaarheid van onze farmaceutische sector in kaart moet brengen. Op basis van die kwetsbaarheden moet men er ook over nadenken waar men de strategische autonomie – de productie van klassieke basisgeneesmiddelen in Europa en wat daarvoor nodig is – kan versterken. Daarvoor zullen staatsubsidies nodig zijn. Dat vraagt een Europees kader, maar ook Europese middelen.

Het vraagt ook een hervorming van de manier waarop we in Europa geneesmiddelen aanbesteden, waarbij we traditioneel alleen mikken op de laagst mogelijke prijs, terwijl het beter zou zijn om overal in Europa bij aanbestedingen ook op leveringszekerheid te mikken.

Ten slotte is er ook de coördinatie van nationale strategieën die soms zeer pervers op elkaar inwerken met betrekking tot het aanleggen van nationale voorraden. U verwees in uw schriftelijke voorbereiding naar Civica Rx. Een model zoals Civica Rx kan inderdaad inspirerend zijn, maar ik denk dat dit niet zo gemakkelijk kan op nationaal niveau. We moeten hierover echt een Europees debat voeren, wat we ook doen.

07.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik vind dit een heel interessant debat. Mijn vraag over de fiscale voordelen en subsidies zal ik dus ergens anders moeten stellen. Ik denk dat we elkaar volgen wat betreft het belang van strategische autonomie en het voeren van een onafhankelijke koers vanuit Europa. We hebben de laatste maanden immers een paar keer vastgesteld dat de Verenigde Staten niet onze beste bondgenoot zijn en dat het belangrijk is om op eigen benen te staan.

Ik vind het wel fijn dat u op het einde zegt dat het ook interessant is om te kijken naar de ervaringen van Civica Rx. Als we autonoom willen zijn en op eigen benen willen staan, is het, net zoals op het vlak van energie, waar we dat ook willen, belangrijk om te weten in wiens handen die sector dan precies zit. Als we als overheid autonomie ontwikkelen, maar dat eigenlijk via subsidies in privébedrijven is, waar de lasten uiteindelijk voor het publiek en de lusten voor de privésector zijn, dan blijven we in hetzelfde systeem zitten van afhankelijkheid van de winsthonger van big pharma.

Het is vooral belangrijk dat we naar een echte autonomie gaan waarin er publieke investering is in belangrijke zaken, zoals gezondheidszorg, energie en onderwijs en dat we onze mosterd kunnen halen bij Civica Rx. We zien immers dat verschillende ziekenhuizen samen een initiatief hebben genomen

rond de aankoop en productie van medicatie en dat dat zorgt voor veel lagere kosten voor medicijnen. Dat is de weg die we moeten bewandelen en het is goed dat u daarvoor openstaat. Het is altijd beter om dat op Europese schaal te doen, maar betekent dat dan dat het volledig uitgesloten is dat men als land een voortrekkersrol speelt of pilootervaring opdoet? Dat is misschien een debat voor een volgende keer.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sécurité d'approvisionnement en médicaments essentiels pour notre pays" (56013647C)

08 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bevoorradingszekerheid voor essentiële geneesmiddelen in ons land" (56013647C)

08.01 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, le contexte international actuel est marqué par une instabilité croissante, voire belliqueuse, tant sur le plan géopolitique que sanitaire et environnemental. Ces incertitudes soulèvent des inquiétudes légitimes quant à la sécurité d'approvisionnement en médicaments essentiels pour notre pays et pour ses patients. La Belgique, comme de nombreux États membres de l'Union européenne, demeure fortement dépendante de pays tiers pour la production de principes actifs et de médicaments finis, notamment de l'Inde. Cette dépendance expose notre système de santé à des risques accrus en cas de tensions géopolitiques, de ruptures logistiques ou encore de crises sanitaires locales.

À cet égard, d'éventuels problèmes de traitement de l'eau – élément indispensable à la fabrication de médicaments dans certains pays producteurs – pourraient avoir des conséquences directes sur la disponibilité de médicaments sur notre territoire. Dans ce contexte, je souhaiterais obtenir des précisions sur la situation actuelle des stocks stratégiques de médicaments en Belgique.

Existe-t-il aujourd'hui des stocks stratégiques suffisants de médicaments essentiels pour faire face à des perturbations majeures de la chaîne d'approvisionnement internationale? Quels types de médicaments sont-ils concernés et selon quels critères ces stocks sont-ils constitués, gérés et renouvelés? Le gouvernement anticipe-t-il des risques de pénurie de médicaments liés aux tensions géopolitiques actuelles ou à d'éventuelles crises sanitaires dans les pays producteurs, notamment en Inde? Enfin, quelles mesures sont-elles mises en place ou envisagées afin de réduire la dépendance de la Belgique à l'égard des pays tiers et de renforcer la sécurité d'approvisionnement en médicaments à court et à moyen terme?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Cornillie, il existe un lien avec la question précédente, mais la réponse se concentre sur la question des stocks.

Nous ne nous reposons pas uniquement sur des stocks stratégiques centralisés pour répondre aux défis évoqués. La Belgique dispose d'un cadre légal qui impose aux grossistes-répartiteurs de maintenir un stock de base étendu couvrant les deux tiers des médicaments commercialisés, ainsi qu'un volume équivalent aux ventes mensuelles moyennes de l'année précédente. Les titulaires d'autorisation et les grossistes sont en outre tenus de livrer dans des délais stricts. Cela constitue une garantie importante pour la continuité de l'approvisionnement en temps normal. Il existe donc, dans un certain sens, un stock décentralisé, implicite, résultant de cette régulation.

Les stocks stratégiques centralisés existants ont un rôle très ciblé. Ils concernent surtout certains antidotes et équipements de protection et ne sont pas destinés à remplacer durablement le circuit normal d'approvisionnement.

S'agissant des risques géopolitiques, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) suit la situation de près depuis mars 2025, dans le cadre d'un sous-groupe européen consacré à la gestion de crise et à la préparation aux pénuries. À ce stade, aucune nouvelle alerte n'a été signalée quant à un impact concret sur l'approvisionnement, mais une vigilance constante reste nécessaire.

Nous avons totalement actualisé notre stratégie au niveau du stock central pendant la législature précédente. De plus, la Belgique participe activement aux travaux européens visant à réduire la dépendance vis-à-vis des pays tiers. Je l'ai dit à Mme Eggermont et je peux ajouter la référence au futur *Critical Medicines Act*, qui doit renforcer la résilience, la diversification et la production européenne des médicaments critiques.

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

Je pense que je lirai le compte rendu, car il a été difficile d'entendre vos éléments de réponse avec la pollution sonore à ma gauche.

J'ai bien compris que la Belgique joue un rôle actif au niveau européen et que l'AFMPS dispose d'un groupe de travail *ad hoc* pour les crises ou les pénuries qui pourraient impacter les quantités disponibles, sachant aussi que les stocks stratégiques, comme vous l'avez dit, sont régis par une loi tout à fait spécifique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Questions jointes de

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La suite donnée par la Commission européenne à l'ICE pour l'accès sécurisé à l'avortement" (56013693C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'initiative citoyenne My Voice, My Choice et l'accès aux soins liés à l'avortement au sein de l'UE" (56013877C)

- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La suite que donnera la Belgique à l'ICE My Voice, My Choice" (56014692C)

09 Samengevoegde vragen van

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De reactie van de Europese Commissie op het ECI voor een veilige toegang tot abortus" (56013693C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het burgerinitiatief My Voice, My Choice en de toegang tot abortuszorg binnen de EU" (56013877C)

- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De houding van België tegenover het Europese burgerinitiatief My Voice, My Choice" (56014692C)

09.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, la pétition My Voice, My Choice, qui vise à réclamer un mécanisme de solidarité au sein de l'Union européenne et de faciliter l'accès à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) aux femmes de l'Union européenne, a recueilli près de 1,2 million de signatures. La Commission européenne s'est positionnée estimant qu'aucune initiative juridique supplémentaire ne serait prise mais que les États membres pourraient atteindre l'objectif fixé par la pétition dans le cadre de leur programme FSE+ (Fonds social européen plus). Elle a précisé "qu'une modification des programmes nationaux ou régionaux FSE+ des États membres est possible afin d'y inclure, s'ils le souhaitent, une action visant à garantir l'accès à des services d'avortement légaux, sûrs et abordables". Les États membres soumettront leur programme FSE+ modifié à la Commission européenne pour approbation.

La Commission européenne a donc fait un choix d'une frilosité incroyable, puisqu'elle ne porte pas le droit à un avortement sûr comme une politique européenne. Elle ne fait pas le choix de la solidarité européenne en reportant sur les États membres la décision d'offrir cet accès à une IVG sûre. Cette décision n'est pas à la hauteur de l'immense mobilisation citoyenne: la Commission dit aux États membres qu'ils peuvent utiliser le FSE+, mais ne prévoit pas un seul euro de plus au programme FSE+. Ceci signifie que les États membres qui choisiraient de venir en aide aux Européennes confrontées à des difficultés pour avorter dans leur pays, devrait dégager des fonds au détriment d'autres politiques sociales existantes.

Monsieur le ministre, partagez-vous mon analyse? Envisagez-vous de modifier notre programme FSE+ afin de répondre à l'objectif fixé par l'initiative citoyenne pour améliorer l'accès à l'avortement des femmes européennes, en permettant notamment leur accompagnement vers des structures dédiées, un financement des frais médicaux mais également des frais de déplacement si nécessaire?

09.02 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, gelet op de goede inleiding door mijn collega, beperk ik mij tot mijn vragen.

Hoe beoordeelt u de beslissing van de Europese Commissie om geen nieuw Europees solidariteitsmechanisme op te richten, maar te verwijzen naar bestaande fondsen, zoals het ESF+? Heeft België in het kader van de Europese besprekingen over dat burgerinitiatief een standpunt ingenomen?

Acht u het wenselijk dat Europese fondsen worden ingezet om grensoverschrijdende toegang tot abortuszorg te ondersteunen? Ook heel wat Belgische vrouwen moeten immers een beroep doen op landen als Nederland, wanneer zij de in België voor abortuszorg toegelaten termijn hebben overschreden.

Ziet u in het dossier een rol weggelegd voor samenwerking tussen lidstaten op het vlak van volksgezondheid? Werden bij de Europese Raad of op andere Europese fora initiatieven genomen om overleg te voeren over het thema vanuit het perspectief van de volksgezondheid?

09.03 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, la pétition My Voice, My Choice, qui vise à garantir un accès sûr à l'avortement pour toutes les femmes en Europe – alors même que, dans certains pays, cet accès est aujourd'hui extrêmement restreint, voire interdit, comme à Malte –, a recueilli plus d'un million de signatures. Il s'agit d'un succès considérable et d'un soutien populaire massif. Malgré l'opposition de certains gouvernements au droit des femmes à disposer de leur corps, on constate à quel point les citoyens européens sont mobilisés pour garantir ce droit fondamental.

Le 26 février, la Commission européenne a rendu une réponse en apparence positive. Nous sommes soulagés qu'elle n'ait pas rejeté ou bloqué cette proposition. Toutefois, le mécanisme financier proposé suscite davantage de réserves. Il repose en effet sur le libre choix des États membres, qui pourront décider d'utiliser le FSE+ pour financer des services d'avortement au niveau local ou national. Cela signifie concrètement que les pays qui garantissent déjà l'accès à l'avortement continueront à le faire, éventuellement en mobilisant cette enveloppe fermée, tandis que ceux qui ne garantissent pas cet accès ne recourront pas à ce fonds. Cette situation est problématique. D'une part, elle met en concurrence des politiques essentielles pour la population, puisque ce fonds est principalement destiné à la lutte contre la pauvreté, à l'inclusion sociale et aux politiques de l'emploi, qui sont déjà fortement contraintes – et qui sont pourtant indispensables. D'autre part, aucun financement supplémentaire n'est prévu pour ce programme FSE+, ce qui, dans un contexte marqué par des politiques d'austérité, est particulièrement interpellant.

Monsieur le ministre, quelle position la Belgique a-t-elle défendue dans ce dossier et quelles actions votre gouvernement entend-il entreprendre? Envisagez-vous de modifier notre programme FSE+ afin de répondre à cet objectif? Par ailleurs, comment entendez-vous, à votre niveau, contribuer à garantir un accès sûr à l'avortement pour toutes les femmes en Europe? Sous le précédent gouvernement, un financement avait notamment été accordé au mouvement Abortion Without Borders, qui permet à des femmes, notamment polonaises, d'accéder à l'avortement dans un autre pays européen en prenant en charge les frais de déplacement et de séjour. Des initiatives de ce type pourraient-elles être développées de manière plus structurelle par votre gouvernement?

09.04 Minister Frank Vandenbroucke: De Europese Commissie heeft haar communicatie over het Europees burgerinitiatief gepubliceerd en bevestigt inderdaad haar keuze om het ESF+-fonds aan te wenden om de toegang tot abortus te verbeteren. Ze geeft ook aan dat ze geen nieuw Europees solidariteitsmechanisme of ander initiatief zal nemen.

Dat legt de verantwoordelijkheid natuurlijk in grote mate bij de lidstaten, want het ESF+-fonds wordt via gedeeld beheer uitgevoerd door de Europese Commissie en de lidstaten. De Europese Unie bepaalt de overkoepelende doelstellingen, maar de lidstaten kiezen zelf welke specifieke doelen ze in hun programma's ondersteunen en zijn dus verantwoordelijk voor de keuze van de projecten.

ESF+ bevat expliciet als doelstelling het verbeteren van de toegang tot gezondheidszorg. We kunnen dus zeker stellen dat ESF+ volgens de Commissie kan worden gebruikt om steun te bieden aan vrouwen in kwetsbare situaties die genooddaakt zijn om in een andere lidstaat toegang te zoeken tot veilige abortuszorg.

Collega's, het probleem met betrekking tot mijn antwoord hier is dat het in ons land aan de deelstaten is om te bepalen of en hoe dat kan gebeuren, want zij hebben de zeggenschap over de ESF+-middelen.

Donc, ceci ne relève pas de ma compétence.

Mesdames Désir et Schlitz, je comprends votre déception concernant la décision de la Commission. Il s'agit cependant de la première fois que la Commission indique que les fonds européens peuvent désormais être utilisés pour les soins liés à l'avortement. Reste à voir si cela fera également une différence concrète pour les femmes en situation de vulnérabilité dans l'Union européenne, en fonction des actions que prendront les États membres.

We zullen de eurocommissaris van Gezondheid ook voorstellen te onderzoeken hoe de EU4Health, het financieringsprogramma voor gezondheid, kan worden gebruikt. Er bestaat daarnaast Europese regelgeving rond grensoverschrijdende zorg, die bepaalt hoe patiënten toegang kunnen krijgen tot electieve zorg, waaronder abortus in andere lidstaten. De vraag is dus of dat in het kader van die richtlijn toepasbaar is. In principe is dat zo, maar of dat kader in dit geval nuttig is om de betrokken vrouwen te helpen, weet ik niet. Dat kader is overigens zelf zeker nog voor verbetering vatbaar.

Voor alle duidelijkheid, wij steunen het principe dat toegang tot veilige abortuszorg deel uitmaakt van de seksuele en reproductieve rechten en dat obstakels voor grensoverschrijdende toegang moeten worden weggenomen.

Voor zover mij nu bekend is, zijn er in de Raad of op andere formele Europese volksgezondheidsfora nog geen specifieke besprekingen gevoerd over het dossier. Als een dergelijke bespreking wordt gevoerd, zal ik niet nalaten onze stelling daarin ook aan bod te brengen.

09.05 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Merci aussi de rappeler que vous soutenez sans équivoque le principe d'un accès sûr à l'IVG.

Pour nous, la victoire du million deux cent mille personnes qui ont signé cette initiative européenne est toutefois en demi-teinte, car on ne peut pas dire que la Commission européenne s'engage très fermement dans la voie de la sécurisation de l'IVG pour les citoyennes européennes, d'autant plus qu'elle ne s'engage pas financièrement et qu'elle n'engage pas non plus le bras de fer avec les États membres qui sont de plus en plus réticents à permettre l'IVG à leurs citoyennes.

J'ai entendu que vous renvoyez aussi la balle aux entités fédérées pour ce qui concerne la détermination des objectifs spécifiques au niveau du FSE. Il serait intéressant – et vous ouvrez la voie dans la deuxième partie de votre réponse – de déterminer une position entre les différents ministres de la Santé dans ce pays afin d'avoir une vision claire de ce que la Belgique souhaite faire, quel que soit le partage des compétences en la matière, puisqu'il y a sans doute des actions à mener, chacun au niveau de ses propres responsabilités. Il existe des lieux pour échanger à ce sujet; je pense par exemple à la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique, qui pourrait déterminer des objectifs communs aux différents ministres de la Santé en la matière.

Ce sujet nous tient fort à cœur et nous continuerons donc évidemment à suivre ce dossier avec attention.

09.06 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden.

Uit uw antwoord spreekt ook een bepaalde bekommernis voor het thema. Ik heb de vraag vooral gesteld omdat ze pijnlijk duidelijk maakt dat abortus geen verworven recht is en dat wij er zelfs attent voor moeten zijn dat bepaalde rechten in de toekomst niet worden uitgehold.

Wij hebben een wetsvoorstel ingediend om het aantal weken uit te breiden, zodat vrouwen langer

toegang hebben tot abortuszorg in ons land. Wij gaan ervan uit dat we op die manier niet alleen meer vrouwen kunnen helpen, maar ook dat we hen kwaliteitsvoller kunnen helpen. Ook al is het burgerinitiatief erg moedig, het is een teken aan de wand voor heel conservatieve tijdsgeest vandaag.

Wij rekenen zeker op u en op uw partij om ervoor te zorgen dat wij er op het vlak van abortusrechten in België niet op achteruit, maar op vooruitgaan.

Het voorstel van mevrouw Désir om daarover verder met de regio's in overleg te blijven gaan, juichen wij toe. Wij moeten er alles aan doen, opdat het draagvlak groeit.

09.07 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses, qui apportent des éléments factuels.

Au niveau belge, il reste en effet du travail, comme l'ont souligné mes collègues. Aujourd'hui, nous attendons toujours le fameux compromis sur les questions éthiques, notamment en ce qui concerne l'élargissement de l'accès à l'avortement. Nous avons fêté, il y a quelques jours, les trois ans du rapport des experts relatif à l'extension du droit à l'IVG en Belgique. À ce stade, aucun texte n'est, à notre connaissance, sur la table. Plus largement, il s'agit également de mettre en place l'ensemble des conditions permettant un accès effectif à l'avortement. Cela concerne notamment l'accès à la formation, la lutte contre la pénurie de praticiens et la résorption des zones blanches en milieu rural, afin de garantir cet accès. Une vigilance permanente s'impose sur ce sujet, tant en dehors de nos frontières qu'au sein de notre pays.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

10 Samengevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verschuiving van de honorariumsupplementen in de radiologie" (56013702C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verschuiving van ereloonsupplementen naar andere beeldvorming" (56013857C)

10 Questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le glissement des suppléments d'honoraires en radiologie" (56013702C)

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le glissement des suppléments d'honoraires vers d'autres formes d'imagerie" (56013857C)

10.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik ben blij dat ik deze vraag kan stellen. Ook al heb ik ze al een tijdje geleden ingediend, toch blijft het een belangrijk thema. Uit de onlangs voorgestelde studie van het Inter mutualistisch Agentschap blijkt dat de supplementen bij CT- en MRI-scans effectief gedaald zijn. Tegelijk is er sprake van communicerende vaten binnen de medische beeldvorming, want de supplementen bij echografie en radiografie zijn gestegen van 8 miljoen euro in 2021 tot 20 miljoen euro in 2024. Voor die onderzoeken stijgt zowel het aantal onderzoeken met supplementen als het aantal ziekenhuizen dat daarop supplementen aanrekent. In totaliteit daalt het globale bedrag aan ereloonsupplementen dus niet, in tegenstelling tot wat u ongetwijfeld had verwacht en gehoopt.

U herhaalde naar aanleiding van die studie uw pleidooi voor algemene plafonds voor alle disciplines en prestaties. Daarbij gaat u volgens de sector voorbij aan het feit dat door een tariefreductie gewerkt moet worden zonder supplementen, wat betekent dat men niet kostendekkend kan werken. De huidige financiering van ziekenhuizen maakt hen bovendien afhankelijk van afdrachten van supplementen als ze willen investeren in geavanceerde apparatuur, die in de sector van de radiologie bovendien bijzonder duur is.

Mijnheer de minister, wat is uw reactie op de verschuiving van de honorariumsupplementen en was die verschuiving niet te verwachten, gelet op de kostprijs van de apparatuur en de afdrachten van radiologen aan ziekenhuizen?

Wat is uw reactie op het feit dat de vergoeding voor radiologie in België lager ligt dan in Nederland?

Bij de invoering van het honorariumsupplement beloofde u dat u zou kijken naar de programmatie van het aantal MRI-toestellen. Wat is daarvan de stand van zaken?

Mevrouw de voorzitter, ik merk dat ik onvoldoende spreektijd heb voor al mijn vragen. U geeft aan dat ik niet mag verwijzen naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend. Staat u mij toe dat ik mijn vragen nog stel?

La **présidente**: Il y a un timing à respecter.

10.02 Irina De Knop (Anders.): Ik werd gehinderd door een geluid in de zaal.

10.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Ik ga het kort houden, want we hebben het bij de bespreking van de kaderwet ook over dit onderwerp gehad.

Ik stel mijn vraag naar aanleiding van de studie van het Intermutualistisch Agentschap. U hebt zelf ook gereageerd op de creativiteit die wordt gehanteerd. Een bepaald type scans neemt in aantal af en er worden inkomsten gezocht bij andere types van beeldvorming. Luc van Gorp van de CM merkte overigens terecht op dat men als patiënt niet zelf voor een radioloog kiest. Men krijgt die als het ware toegewezen. Men weet niet op voorhand of die al dan niet geconventioneerd is en of men supplementen zal moet betalen. Men heeft niet altijd de keuze. Wat is uw mening over die specifieke situatie met de radiologen?

Het viel natuurlijk wel enigszins te verwachten dat er een soort systeem van communicerende vaten zou ontstaan. Dat zal u waarschijnlijk ook niet verbazen. Hoe denkt u daarover?

De link met de discussie over de ziekenhuisfinanciering wordt ook vaak gelegd. Het klopt dat de afdrachten van radiologen verhoudingsgewijs belangrijk zijn voor de financiering van de ziekenhuizen, want dat zijn grootverdieners. Het verklaart echter niet waarom er zo'n groot verschil tussen ziekenhuizen is, zoals u zelf ook al hebt gezegd. Het probleem concentreert zich in een aantal ziekenhuizen. Er is dus zeker geen een-op-eenverband, maar het wordt door sommigen misbruikt om de hervorming van de ereloonsupplementen te blokkeren. Het is echter ook niet juist om te zeggen dat er geen enkel verband is. De realiteit is waarschijnlijk complexer en genuanceerder. Ik ben benieuwd hoe u die link ziet tussen de kwestie van de supplementen en de ziekenhuisfinanciering in al zijn nuances.

10.04 Minister Frank Vandenbroucke: In feite werden er twee vragen gesteld. De eerste vraag was waarom we eerst een maatregel genomen hebben met betrekking tot de zware medische beeldvorming en niet meteen een veel bredere maatregel voor allerlei medische prestaties. De reden daarvoor is dubbel.

Ten gronde, mevrouw Eggermont, u haalde het aan, de typische situatie waarbij een CT-scan of een MRI-scan wordt voorgeschreven, is een situatie waarin men niet veel keuze heeft. Een patiënt die met een voorschrift naar een ziekenhuis gaat, weet eigenlijk niet op voorhand of daar veel of weinig geconventioneerde radiologen zijn. Men is dus als patiënt bijzonder afhankelijk van een situatie die men niet bemeestert.

Dat is een eerste argument waarom het niet onlogisch was om te beginnen met een beperking van ereloonsupplementen bij zware medische beeldvorming voor ambulante patiënten, maar – misschien belangrijker – dat was ook voorzien in een medicomut-akkoord. Er was een medicomut-akkoord dat stelde dat ervoor gezorgd moet worden dat mensen zonder ereloonsupplementen een onderzoek kunnen krijgen met zware medische beeldvorming. Ik zeg niet dat de medicomut dit helemaal wilde uitvoeren zoals we dat uitgevoerd hebben, maar dat zat wel in een medicomut-akkoord. Wij hebben niet bedacht dat er focus moet zijn in de eerste stap op CT-scans en MRI's.

Het resultaat is een duidelijke daling voor MRI- en CT-scans, maar men ziet dat men dat elders compenseert. Ik kan daaruit alleen besluiten dat men inderdaad in een volgende fase een algemene beperking moet hebben, die over het geheel van de medische prestaties weloverwogen wordt, in

overleg natuurlijk, en die sluitend is voor alle medische prestaties.

Mevrouw Eggermont, ik ben het eens met u dat de band met de financiering complex is. Er zijn mooie voorbeelden van artsen die met opdrachten op ereloonsupplementen welbepaalde, heel interessante projecten in hun ziekenhuis mee financieren. Aan de andere kant krijgt men geen sluitende uitleg waarom er zulke grote verschillen zijn tussen de ziekenhuizen. Het is dus genuanceerd.

Het antwoord zal pas gegeven kunnen worden wanneer we in het kader van de stappen die we moeten zetten ter voorbereiding van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur komen met een berekening, die we aan het voorbereiden zijn, van wat in dat grote budget van artsenhonoraria eigenlijk nodig is om te helpen dekken wat mankeert in de basisfinanciering van de ziekenhuizen, wat mankeert in het BFM. Welk deel daarvan heeft men om de ziekenhuizen te financieren en wat kan worden beschouwd als vrij voor de artsen en de ziekenfondsen om een systeem van zuivere vergoeding voor de intellectuele prestatie van die artsen te organiseren?

We hebben die berekening nog niet op tafel gelegd, maar als die berekening er komt, zullen we een groot debat hebben over de vraag of dat juist is, of daarmee alle behoeften kunnen worden gedekt en of dat een correcte inschatting is van wat als zuivere verloning kan worden gegeven en wat naar het ziekenhuis moet gaan voor de uitrusting van het ziekenhuis en van de artsen die met die uitrusting werken. Dan zullen we een belangrijke stap vooruit zetten in dat zeer complexe debat.

10.05 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, u verwijst naar een medicomut-akkoord, maar zoals ik het heb begrepen, had de sector andere voorstellen geformuleerd om ervoor te zorgen dat de toegankelijkheid van de zorg verzekerd zou worden. U hebt er zelf voor geopteerd te werken met een systeem binnen en buiten de kantooruren, wat tot dit gevolg heeft geleid. Het is misschien moeilijk voor u om dat toe te geven, maar dat heb ik toch vernomen vanuit de sector. In die zin mag het niet verbazen dat er een verschuiving is gebeurd, want ik denk dat u daarvoor gewaarschuwd was.

U hebt het daarna gehad over de ziekenhuishervorming en het feit dat u goed wilt weten welk budget nodig is voor de uitrusting van het ziekenhuis. Terwijl u die uitleg gaf, merkte ik echter dat u zeer sterk ingrijpt in de autonomie van ziekenhuizen. Die willen voor een groot stuk zelf kunnen bepalen hoe ze hun beleid voeren, en daarom is het huidige systeem wat het is. Als u in uw nomenclatuur een onderscheid wilt maken, moet u beginnen te rekenen. Dat is uiteraard voor het ene ziekenhuis anders dan voor het andere. De ene onderneming heeft nu eenmaal andere kosten dan de andere. Dat heeft te maken met de overhead, met keuzes en met investeringsbeleid. Ik denk dat u dat antwoord niet zult vinden en dat het goed zou zijn om meer vrijheid te geven aan ziekenhuizen en artsen, in plaats van zo te focussen op het supplementenprobleem, dat uiteindelijk voornamelijk een probleem is van verzekeringen en verzekeringsinstellingen.

10.06 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik vind het echt interessant dat we verder zullen bekijken hoe die financiering in elkaar zit. U weet dat u aan ons een medestander hebt, omdat de vrijheid van artsen en ziekenhuizen wel degelijk samenhangt met publieke financiering en belastinggeld. Dat is niet louter een kwestie van verzekeringen. Als men geen privéverzekering heeft, moeten de ereloonsupplementen uit eigen zak worden betaald. Het gaat over publieke middelen, dus het is correct dat daar een degelijk debat over wordt gevoerd. Als een deel van die ereloonsupplementen dient voor de financiering van ziekenhuizen, dan moet dat worden overgeheveld naar de basisfinanciering. Daarnaast moet er wel degelijk een publiek debat kunnen plaatsvinden over de verloning van artsen en over wat daarin correct is en wat niet. In die zin weet u dat wij mee zullen strijden voor een correcte regeling.

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

11 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Orgaandonatie" (56013746C)

11 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le don d'organes" (56013746C)

11.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Mijnheer de minister, de laatste cijfers over het aantal orgaantransplantaties in België waren bemoedigend. Ons land bekleedt dan ook een toppositie als het gaat om bereidheid om organen te doneren.

Toch wachten er nog steeds veel landgenoten op een orgaan. Er wordt ook samengewerkt met andere landen om de kans op het vinden van een geschikte donor zo groot mogelijk te maken.

Hierover heb ik een aantal vragen:

Hoeveel orgaandonaties waren er in 2025? Kan u dit specificeren per orgaan?

Hoeveel organen vertrokken naar andere landen en hoeveel werden er vanuit andere landen geïmporteerd? Wordt dit telkens gecoördineerd door Eurotransplant?

Hoeveel mensen staan er vandaag op de wachtlijsten voor diverse organen?

Wordt de succesratio van orgaantransplantaties opgevolgd? Welke evolutie zit hierin? Is dit centrumafhankelijk?

Welke initiatieven bestaan er om mensen aan te moedigen om zich te registreren als orgaandonor? Hoeveel mensen zijn er vandaag geregistreerd? Wat is het streefcijfer?

In principe ben je in België automatisch donor, maar familie kan wel bezwaar aantekenen. Wordt er bijgehouden in hoeveel gevallen er bezwaar werd aangetekend in de afgelopen jaren? Op welke manier tracht men naasten te sensibiliseren en goed te informeren?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, volgens Eurotransplant werden in 2025 in België 412 overleden donoren effectief gebruikt voor orgaanuitname. Dat komt overeen met een donatiegraad van 35,5 donoren per miljoen inwoners. In datzelfde jaar werden in ons land iets meer dan 1.000 transplantaties uitgevoerd: 470 niertransplantaties, 350 levertransplantaties, 117 longtransplantaties en 66 harttransplantaties.

We zijn al vele jaren aangesloten bij het internationale allocatiesysteem van Eurotransplant. Tot de lidstaten behoren onder meer Nederland, Luxemburg, Duitsland, Oostenrijk, Slovenië, Kroatië en Hongarije. De gegevens van Eurotransplant tonen aan dat ons land, met name voor niertransplantaties, een negatief saldo vertoont. Met andere woorden – excuseer mij voor de wat zakelijke, lelijke uitdrukking – we exporteren nieren, vooral afkomstig van donoren ouder dan 65 jaar. Dat wordt momenteel besproken met de FOD, het RIZIV, de Belgische Transplantatieraad en de directie van Eurotransplant.

Orgaanuitwisselingen gebeuren altijd binnen het kader van de allocatie- en compensatiemechanismen die Eurotransplant beheert. Daarvoor beschikt die organisatie over een mandaat van de Belgische Staat. Eind vorig jaar stonden in België 1.506 patiënten op de transplantatiewachtlijst, onder wie 1.214 patiënten voor een nier, 145 patiënten voor een lever, 57 patiënten voor een hart, 50 patiënten voor een long en 40 patiënten voor een pancreas. Dat is een relatief stabiele situatie in vergelijking met voorgaande jaren, met wel verschillende evoluties naargelang het type orgaan.

Eurotransplant beheert niet alleen het orgaanallocatiesysteem, maar verzamelt ook gegevens over de resultaten na transplantatie, zowel in België als in andere landen. De indicatoren hebben onder meer betrekking op de overleving van de patiënt, de overleving van het transplantaat, falen en complicaties. Op basis daarvan kunnen vergelijkingen tussen lidstaten worden gemaakt. Daaruit blijkt dat België de positieve Europese trend vaak overstijgt, dankzij de expertise van onze chirurgische teams. Voor niertransplantaties is het risico op transplantaatfalen na vijf en tien jaar sterk gedaald, ook bij oudere donoren of donoren met uitgebreide criteria.

Er bestaan kleine verschillen tussen transplantatiecentra, voornamelijk gerelateerd aan het activiteitsvolume en het type patiënten dat wordt behandeld. Globaal genomen zijn de resultaten op lange termijn goed, ondanks de toenemende complexiteit van de patiëntenprofielen.

De uit Orgadon geëxtraheerde gegevens tonen een continue stijging van het aantal geregistreerde wilsverklaringen. Eind 2025 hadden 513.675 mensen expliciet hun toestemming voor orgaandonatie geregistreerd en hadden 222.390 mensen een expliciete weigering geregistreerd. In december 2024, dus een jaar eerder, bedroeg het weigeringspercentage van families 17 %. Dat zou in de loop van 2025 toegenomen zijn, maar ik heb nog geen definitieve cijfers.

Om het door families geuite weigeringspercentage te verminderen, is sensibilisering belangrijk, vooral gericht op het gesprek binnen families. Verschillende federale initiatieven spelen daarin een rol, onder meer via de campagne *Clic pour le don d'organes* en de toepassing Donor Hero, die specifiek gericht is op jongeren.

11.03 Frieda Gijbels (N-VA): Ik zal de cijfers nog eens in detail bekijken.

Wat mij op het eerste gezicht vreemd lijkt, is dat er vooral export is van nieren of dat het saldo negatief is voor nieren terwijl de wachtlijst voor nieren het hoogst is. Ik begrijp dat wordt uitgezocht hoe dat juist zit en dat een en ander verder wordt besproken. Het zou goed zijn om daar meer uitleg over te krijgen zodra de zaak is uitgeklaard.

Dat het percentage weigeringen toegenomen zou zijn, moeten we goed opvolgen. Ik hoor dat er al sensibilisering loopt. Ik hoor niets over een Nederlandstalige campagne. Die zal er wellicht ook zijn. Anders moet daar zeker nog op worden ingezet.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

12 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De afschaffing van de stage voor klinisch psychologen (inleiding bij Grondwettelijk Hof)" (56013759C)

12 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La suppression du stage pour psychologues cliniciens (action Cour constitutionnelle)" (56013759C)

12.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, we hebben hierover al herhaaldelijk kunnen discussiëren, ook naar aanleiding van de beleidsnota en de begroting.

Ik zal het kort houden, maar ik wil graag een laatste stand van zaken krijgen. Blijft u overtuigd van de afschaffing van de verplichte praktijkstage? Klopt het dat er geen uitgewerkt gelijkwaardig alternatief operationeel is, nu de sector het alternatief dat u wilde bieden heel duidelijk afwijst? Welke concrete garanties kunt u geven dat de kwaliteit van de zorg voor patiënten hierdoor niet in het gedrang komt?

Erkent u dat het tekort aan stagemeesters mede het gevolg is van jarenlang uitstel en onvoldoende overleg met de sector? Zo ja, hoe zult u het overleg met de sector opnieuw opstarten om de professionele stage alsnog te realiseren? Tegen wanneer wilt u een volwaardig alternatief met dezelfde kwaliteitswaarborgen effectief invoeren? Hoe zult u de betrokken beroepsverenigingen daarbij betrekken? Hoe reageert u op de kritiek dat het overleg onvoldoende ernstig is verlopen?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, ik zal niet herhalen hoe wij jarenlang met alle mogelijke creatieve pistes en wijzigingen hebben geprobeerd om het idee van de verplichte professionele stage effectief realiteit te laten worden. Dat is helaas nooit gelukt. Nooit hebben we een aanbod gekregen dat voldoende was wat betreft stageplaatsen en stagemeesters. Het was absoluut onvoldoende.

We moesten dus gewoon een alternatief zoeken. Dat alternatief bestaat uit supervisie voor startende klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen. Ook de modaliteiten voor intervisie en permanente vorming voor de niet-startende klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen moeten worden verduidelijkt.

We hebben daarom een werkgroep opgericht, waarbij de beroepsvereniging, de koepelorganisaties, de Psychologencommissie, de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen en de universiteiten en de studenten zijn uitgenodigd voor input en overleg. Die werkgroep komt sinds

oktober 2025 maandelijks samen.

Op basis van die besprekingen is een voorstel opgemaakt tot wijziging van het koninklijk besluit van 2019, dat de criteria bepaalt voor de erkenning van psychologen en van het koninklijk besluit van 2019 dat de criteria bepaalt voor de erkenning van klinische orthopedagogen. Daarin worden richtlijnen opgenomen over permanente vorming, intervisie en supervisie. Die moeten worden vermeld in het portfolio.

De slotvergadering van de werkgroep vond plaats op vrijdag 13 maart. Tijdens die vergadering is het voorstel tot wijziging van beide koninklijke besluiten van 2019 besproken. Ook de communicatie daarover is besproken en afgestemd met de aanwezigen. Ik durf te zeggen dat die slotvergadering constructief is verlopen. Alle relevante partners waren aanwezig, behalve de Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen en mogelijk ook de Franstalige beroepsvereniging. Alle andere partners, en dat zijn er heel wat, waren aanwezig en hebben constructief meegewerkt. Een overleg is niet alleen goed wanneer men volledig vasthoudt aan het initiële standpunt en dat niet wil aanpassen, zelfs als dat totaal irrealistisch of pure dromerij is en uiteindelijk zeer schadelijk voor de sector. Wanneer men vasthoudt aan een standpunt dat men onveranderlijk noemt en niet openstaat voor overleg over een alternatief, dan kan men niet stellen dat wij niet wilden overleggen. Sommigen willen hun ogen sluiten voor een realiteit die onoplosbaar is.

We hebben nu dus een alternatief, uitgewerkt met heel wat betrokken actoren, onder meer de universiteiten. Die twee ontwerpen van koninklijk besluit zullen in de loop van dit jaar worden gepubliceerd. De inwerkingtreding is voorzien voor 1 januari 2027. Dat geeft iedereen de sector de tijd om zich goed voor te bereiden.

12.03 Irina De Knop (Anders.): U staat allebei voor een stuk in de loopgraven. U zegt dat de sector het been stijf houdt, maar u doet dat natuurlijk zelf ook.

12.04 Minister Frank Vandenbroucke: Nee, ik sta gewoon in de realiteit. Men sluit de ogen voor de realiteit en dreigt de sector in grote ellende te storten als men denkt dat men voldoende stagemeesters en stageplaatsen zal vinden om iedereen te verplichten om een stage te volgen vooraleer men het beroep kan uitoefenen. Dat is een ramp voor de sector. Dat is pure dromerij. Het werkt niet.

12.05 Irina De Knop (Anders.): Uw standpunt is duidelijk, mijnheer de minister. Wij hebben een ander standpunt. Met een goede samenwerking zouden we wel degelijk goede afspraken kunnen maken, maar voorlopig kunnen we de discussie wel afronden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Samengevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Plan Zeldzame Ziekten" (56013767C)

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Plan Zeldzame Ziekten 2026-2030" (56013790C)

13 Questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Plan Maladies Rares" (56013767C)

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Plan Maladies Rares 2026-2030" (56013790C)

13.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, als het goed is, moet het ook gezegd worden. De media meldden een tijdje terug, ondertussen al een dikke maand geleden, de lancering van uw nieuw plan zeldzame ziekten voor de periode 2026–2030. We zien dat daar heel wat positieve punten in opgenomen zijn. De bedoeling is uiteraard om de levenskwaliteit van mensen met een zeldzame ziekte duurzaam te verbeteren. Een eerder plan uit 2014 heeft niet echt gezorgd voor concrete resultaten. We hopen dat u nu wel goede resultaten zult kunnen boeken.

Op welke manier zult u, in het verlengde van dat plan, de opvolging van de 25 geplande acties verzekeren, zodat die effectief worden uitgevoerd?

Kunt u ons nog even in herinnering brengen hoe de coördinatie tussen de federale en de deelstaatsinstanties zal verlopen en welke middelen en deadlines voorzien zijn voor de uitvoering van het plan? Alles staat en valt met de middelen en de afspraken die u daaraan koppelt.

Hoe zal voor de patiënten de toegang tot innovatieve therapieën concreet worden gefaciliteerd? Worden daarvoor ook middelen voorzien?

Welke maatregelen worden er genomen om te voorkomen dat administratieve obstakels opnieuw leiden tot vertragingen in diagnoses of behandelingen?

Tot slot, en niet onbelangrijk, op welke manier zullen patiënten en patiëntenorganisaties inspraak krijgen in de uitvoering en evaluatie van dat plan?

Nogmaals proficiat met de opmaak van het plan. Daarover horen we goede signalen.

13.02 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, nous avons récemment pris connaissance de la mise sur pied du nouveau Plan Maladies rares. C'est en effet une bonne chose, qu'il convient de saluer. Nous avons déjà eu l'occasion d'échanger sur cette problématique: entre 500 000 et 700 000 personnes, dont 80 % d'enfants, sont aujourd'hui atteints de maladies rares en Belgique. Les préoccupations et les attentes des patientes et des patients, de leur famille, des hôpitaux et associations de terrain sont donc importantes, et ils nous les relaient fréquemment. Un plan ne vaut évidemment que s'il est effectivement mis en œuvre, comme l'a d'ailleurs indiqué l'association RaDiOrg. Un nouveau Comité national Maladies rares, dont elle fait partie, veillera à son suivi. Cependant, sa mise en œuvre implique des coûts et, à ce jour, le budget reste apparemment encore une inconnue.

Monsieur le ministre, quel budget sera-t-il alloué au Plan Maladies rares? Quelles garanties apportez-vous en matière de suivi de la mise en œuvre de votre plan, ceci afin d'ajuster notamment ses orientations pour garantir un suivi de qualité? Quand la mise en œuvre effective d'un registre central des maladies rares et, avec elle, l'identification de l'expertise en matière de maladies rares, pourra-t-elle être opérationnelle? Quelles mesures prévoyez-vous concernant l'accessibilité financière, et pas seulement administrative, aux médicaments orphelins?

13.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, ik dank u voor uw positieve beoordeling. We moeten dit nu inderdaad volledig uitvoeren, daaromtrent ben ik het met u eens.

Le suivi du Plan est assuré par un Comité Maladies rares, qui est un comité permanent réunissant notamment le SPF Santé publique, l'INAMI, Sciensano, le cabinet, les hôpitaux de référence, la Fondation Roi Baudouin, RaDiOrg, le président du Collège des médecins pour les médicaments orphelins et les représentants des mutualités. Du reste, ce comité s'est réuni formellement aujourd'hui pour la première fois. Il est donc bien lancé. Il coordonne et évalue l'ensemble des actions, émet des recommandations et garantit la continuité du plan, indépendamment des cycles politiques. Cela me paraissait fondamental.

Dans une deuxième phase s'effectuera la coordination avec les entités fédérées via les instances permanentes et les groupes de travail de la CIM Santé publique.

Le Plan Maladies rares dispose déjà de moyens engagés dès 2026, dont des moyens spécifiques pour la cartographie de l'expertise, la coordination des soins et un soutien accru à RaDiOrg. Le total représente environ 5 millions d'euros, si je ne me trompe. Les moyens budgétaires mobilisés sont évidemment beaucoup plus importants. Plus particulièrement, il est prévu que les moyens dédiés au programme "Early and Equitable Fast Access" (EEFA) – un programme dans le secteur des produits pharmaceutiques innovants – bénéficieront principalement aux maladies rares. Ces programmes permettent un accès précoce à des traitements innovants avant la finalisation complète des procédures de remboursement. Comme vous le savez, nous y avons déjà dédié 25 millions d'euros pour l'année en cours. C'est un budget qui augmentera dans les années à venir.

Le plan prévoit également d'examiner le recours à l'usage *off-label* lorsqu'il repose sur des bases scientifiques solides. La cartographie de l'expertise au niveau des hôpitaux de référence est en cours et sera accessible pour tous les citoyens en 2027. Dans une deuxième phase, cette même cartographie

sera étendue aux hôpitaux qui collaborent avec les hôpitaux de référence, l'expertise n'étant *a priori* pas seulement limitée à ces derniers. L'enregistrement des données au sein du registre suit la même trajectoire.

Deux actions spécifiques visent à simplifier les démarches administratives: un inventaire des procédures permettant d'identifier les obstacles administratifs, suivi de mesures concrètes de simplification. Leur développement commence cette année et nous attendons des résultats concrets dès 2028.

13.04 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik heb begrepen dat er ongeveer 5 miljoen euro is voor de coördinatie, planning en organisatie. U verwijst ook naar de middelen die vrijkomen via het programma Early and Equitable Fast Access, dat zowat 25 miljoen euro zou uitmaken en waarvan het bedrag nog evolueert. Ik begrijp niet onmiddellijk hoe dat werkt. Ik redeneer echter dat farmaceutische bedrijven moeten betalen voor Early and Equitable Fast Access en op die manier bijdragen. Wij zullen dat zeker nog verder onderzoeken.

Als er evenwel middelen zijn van die grootteorde, dan kan er toch al iets gebeuren. Wij zullen die interessante problematiek of werf zeker samen met u blijven opvolgen.

Ik dank u voor uw antwoord.

13.05 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos réponses très précises et très concrètes à mes différentes questions.

Je ne peux que saluer cette initiative. Des moyens sont prévus dès cette année. Vous avez répondu à l'ensemble de mes questions au sujet de la cartographie, de l'enregistrement et des premières mesures concrètes. Nous allons donc suivre tout cela très attentivement. En tout cas, cela correspond aux attentes qui nous avaient été relayées par les premiers concernés. Nous ne pouvons que nous en réjouir.

La **présidente**: Voilà qui fait plaisir!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La question n° 56013786C de Mme Mutyebele Ngoi est sans objet. Mme Taton a demandé le report de ses questions n°s 56013866C, 56013867C et 56013868C.

14 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance des plannings familiaux et l'attribution d'un numéro INAMI institutionnel" (56013870C)

14 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van de centra voor gezinsplanning en de toekenning van een institutioneel RIZIV-nummer" (56013870C)

14.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, les plannings familiaux assurent depuis de nombreuses années des missions essentielles de première ligne: accueil, consultations, suivi, prise en charge d'IVG, etc. Leur rôle en santé publique est reconnu indispensable et contribue directement à la qualité des soins et à l'accessibilité pour les publics les plus vulnérables. Nous en parlions encore ce matin en commission.

Pourtant, ils ne disposent toujours pas d'un numéro INAMI institutionnel, contrairement à d'autres structures de première ligne, comme les maisons médicales au forfait.

Cette absence crée un décalage majeur entre leurs missions et le cadre administratif qui leur est imposé. Elle complique du coup l'utilisation d'outils comme MediPrima, génère une surcharge bureaucratique pour les médecins et devient d'autant plus problématique que les systèmes de facturation électronique se renforcent. Elle risque également de laisser les plannings familiaux en marge du virage numérique en santé, alors que la traçabilité, l'automatisation et les contrôles vont s'intensifier.

De plus, cette situation aggrave le manque d'attractivité pour les médecins dans un secteur qui, on le sait, est déjà en pénurie. Comment attirer et fidéliser des médecins qui, en plus d'être moins rémunérés qu'en pratique libérale, doivent assumer une charge administrative inutile liée à un statut institutionnel incomplet? Or, conserver ces médecins est indispensable pour maintenir la qualité des soins et assurer la pérennité de la première ligne sociale que représentent les plannings familiaux.

Monsieur le ministre, quelle est la législation actuellement en vigueur concernant les numéros INAMI octroyés aux maisons médicales et aux centres de planning? L'attribution d'un numéro INAMI pour l'ensemble des centres de planning a-t-elle déjà été envisagée? Sinon, quels sont actuellement les obstacles juridiques et administratifs dans ce cadre?

Je vous remercie pour vos réflexions.

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le numéro INAMI est octroyé à un dispensateur de soins pour la facturation et/ou l'attestation de soins de santé dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

Les maisons médicales reçoivent un numéro INAMI lors de l'approbation de leur accord avec les organismes assureurs pour le paiement forfaitaire des disciplines prévues par la structure. Ce numéro permet à la maison médicale de facturer mensuellement les forfaits.

Les centres de planning familial sont reconnus au niveau des entités fédérées. Ils n'ont pas le statut d'institution de soins au sens de la réglementation INAMI et n'attestent ou ne facturent rien à l'assurance-maladie obligatoire, sauf dans le cas spécifique où ils ont conclu avec le Comité de l'assurance de l'INAMI une convention pour l'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée, auquel cas ils reçoivent un numéro INAMI lié à cette activité.

En dehors de ce cas spécifique, l'attestation et la facturation à l'assurance-maladie obligatoire se fait au niveau d'un dispensateur de soins actifs, par exemple un médecin, qui reste bien sûr responsable en cas de facturation erronée. Cela ne peut en aucun cas entraîner un double financement pour une même activité. Je ne sais pas dans quelle mesure cela répond au problème que vous soulevez, mais cette approche me semble cohérente.

14.03 Caroline Désir (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Cette question m'a été directement relayée par les fédérations de centres de planning familial. Cela crée véritablement des problèmes sur le terrain, qui sont par ailleurs aggravés par le recours à la facturation électronique.

Je vais relire attentivement votre réponse et échanger à nouveau avec elles sur cette base. J'entends également approfondir cette problématique dans une question ultérieure. Nous avons d'ailleurs beaucoup discuté ce matin des centres de planning familial, et je sais qu'il s'agit d'un modèle moins présent en Flandre, et parfois moins bien connu dans son fonctionnement.

14.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis absolument ouvert. Pouvez-vous m'indiquer plus précisément, éventuellement par e-mail, les problèmes spécifiques rencontrés par ces centres?

14.05 Caroline Désir (PS): Je le ferai. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La confidentialité des consultations pour mineurs dans les centres de planning familial" (56013871C)

15 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het vertrouwelijke karakter van de consults voor minderjarigen in de centra voor gezinsplanning" (56013871C)

15.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, les centres de planning familial constatent

quotidiennement une difficulté majeure, à savoir l'impossibilité de garantir la confidentialité des consultations pour les mineurs, alors même que la loi sur les droits du patient reconnaît leur droit, lorsqu'ils sont jugés aptes, de consentir seuls à certains soins. En effet, en pratique, le remboursement des consultations transite toujours par l'assurance des parents, ce qui donne à ces derniers accès à des informations sensibles, notamment en matière de santé sexuelle, reproductive ou psychologique. Ce mécanisme administratif va à l'encontre de la législation et dissuade de nombreux jeunes de consulter, avec des risques importants pour leur santé et leur sécurité.

Monsieur le ministre, ne pensez-vous pas que le système actuel de remboursement compromet la confidentialité pour les mineurs, spécifiquement en matière de santé sexuelle, reproductive et psychologique? Serait-il envisageable de créer un dispositif permettant aux jeunes de disposer d'un système de remboursement propre et autonome dans le cadre de certaines consultations et prises en charge? Quels sont aujourd'hui les obstacles juridiques et administratifs qui s'y opposent? Quelles mesures concrètes pourriez-vous mettre en place à court terme pour garantir une confidentialité effective, conformément aux droits de l'enfant?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, le partage des données relatives aux personnes mineures dans le cadre des soins de santé et des remboursements de l'assurance qui y sont liés constitue effectivement un enjeu majeur.

La complexité de cette problématique d'accès aux données de santé des mineurs tient notamment au fait qu'elle s'applique à tous les environnements digitaux, partiellement ou totalement et directement ou indirectement sous contrôle des autorités publiques, dont l'usage se généralise et où sont traitées des données de santé au sens large, donc non seulement mais y compris les données de facturation.

Même si certaines conventions spécifiques ont déjà prévu des solutions pragmatiques, une approche harmonisée et cohérente de la protection de la vie privée des mineurs et des personnes à charge dans ce domaine, conforme au principe de protection des droits des patients, est donc nécessaire. Il est notamment indispensable d'assurer une traduction technique correcte des règles établies qui doivent reposer sur un fondement juridique adéquat en la matière. Ceci s'applique à toutes les applications gérées directement ou indirectement par l'État – l'État fédéral dans ce cas – et traitant des données de santé, y compris les données de facturation fournissant des informations sur leur santé.

Sur mes instructions, des travaux sont en cours depuis un certain temps en vue de l'élaboration d'un accord de coopération interfédéral relatif un échange ou un partage électronique optimal d'informations et de données entre les acteurs du secteur social et de la santé.

Voorzitter: Jeroen Van Lysebettens.

Président: Jeroen Van Lysebettens.

Cet accord abordera également la question du partage des données relatives aux mineurs. Donc, nous sommes en train de travailler sur un cadre qui permettra, je l'espère, de trouver des solutions plus adéquates.

15.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

Je vois que vous êtes conscient du problème et que vous partagez la conviction qu'il est nécessaire de garantir cette confidentialité pour les mineurs. J'entends également que le travail est en cours et je m'en réjouis.

En revanche, vous ne m'avez pas donné d'horizon temporel ni de planning.

15.04 Frank Vandenbroucke, ministre: C'est difficile à préciser parce qu'il s'agit, à vrai dire, d'un cadre légal qui présuppose un accord de coopération législatif recoupant e-Health et le *scoring*. Il s'agit de tout un nœud. J'espère que, dans les mois à venir, nous pourrons mettre au point la nouvelle version d'un projet d'accord interfédéral. Il a déjà été examiné une première fois par le Conseil d'État, lequel a émis plusieurs remarques. Nous sommes donc en train de le retravailler, mais cela prend, hélas, beaucoup de temps. En tout cas, j'espère que, dans les mois à venir, nous pourrons aboutir à la possibilité d'une deuxième lecture.

15.05 **Caroline Désir** (PS): Très bien, merci beaucoup!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prescription par les infirmiers responsables en soins généraux (IRSG)" (56013873C)**

16 **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Voorschriften van verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg (VVAZ)" (56013873C)**

16.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, la loi du 18 mai 2024 modifiant la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé a franchi une étape importante en inscrivant dans la législation la compétence pour les praticiens de l'art infirmier de prescrire des médicaments et des produits de santé.

Cette réforme est essentielle pour la reconnaissance de l'expertise infirmière et pour l'efficacité de notre système de soins. Pour les infirmiers de pratique avancée, le cadre est déjà défini par l'arrêté royal du 14 avril 2024, mais pour les infirmiers responsables de soins généraux (IRSG), la mise en œuvre concrète semble stagner. Bien qu'un groupe de travail mixte composé des membres du Conseil supérieur des médecins, du Conseil fédéral des pharmaciens et du Conseil fédéral de l'art infirmier ait été constitué et se soit réuni à six reprises pour rendre un avis consolidé, le dossier ne semble pas progresser au sein des instances de l'INAMI.

Pourtant, les IRSG sont déjà quotidiennement impliqués dans l'élaboration de prescriptions, le conseil sur les médicaments en vente libre ou encore le choix du matériel de soins de plaies auprès des médecins. L'absence de cadre opérationnel pour leur droit de prescription limite donc leur autonomie et surcharge inutilement d'autres maillons de la chaîne de soins.

Monsieur le ministre, pourquoi ce sujet n'a-t-il pas encore fait l'objet d'un point à l'ordre du jour des commissions concernées à l'INAMI afin d'en régler les modalités de remboursement et d'exécution? Le groupe de travail mixte a-t-il finalisé ses recommandations concernant les catégories de médicaments et les critères de qualification requis pour les IRSG? Existe-t-il des points de blocage qui justifieraient que cela n'avance pas dans ce cadre?

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En juillet 2024, j'ai demandé un avis au Conseil fédéral de l'art infirmier, au Conseil supérieur des médecins et au Conseil fédéral des pharmaciens sur la prescription de médicaments et de produits de santé par les infirmiers responsables de soins généraux, et cela dans le cadre de la mise en œuvre de la loi du 18 mai 2024. Les travaux ont été structurés en deux volets: d'une part, les produits pouvant être prescrits sans formation complémentaire, et d'autre part ceux nécessitant une formation supplémentaire.

Sur le premier volet, une note a été rédigée par le groupe de travail mixte et se limite à certains produits de santé, par exemple le matériel de pansement, et à certains vaccins. Les trois Conseils ont ensuite rendu leurs avis respectifs au cours de l'année 2025. L'avis du Conseil fédéral de l'art infirmier a été rendu en mars, celui du Conseil supérieur des médecins en juin, et celui du Conseil fédéral des pharmaciens en décembre 2025.

En revanche, aucun consensus n'a pu être trouvé sur le second volet. Malgré plusieurs réunions et des échanges approfondis, les positions relatives aux produits nécessitant une formation complémentaire restent divergentes. Le 18 février, j'ai été informé de la décision de mettre fin aux travaux du groupe mixte. Chaque Conseil a dès lors été invité à formuler un avis séparé, et j'attends encore ces contributions. Mes services analysent actuellement l'ensemble des avis disponibles afin d'identifier les points de convergence et de préparer un premier projet d'arrêté d'exécution.

S'agissant de l'INAMI, il n'est pas possible d'inscrire ce dossier à l'ordre du jour des commissions tant que le cadre réglementaire n'est pas finalisé. Une fois celui-ci établi, l'INAMI pourra rapidement traiter les modalités de remboursement dans le cadre de l'assurance obligatoire. Le principal point de blocage concerne l'absence d'accord entre les Conseils sur les prescriptions conditionnées à une formation

complémentaire. Cela n'empêche toutefois pas d'avancer. Le principe de la prescription par les infirmiers est désormais inscrit dans la loi. L'objectif est à présent de le traduire en un cadre opérationnel en s'appuyant sur les avis existants.

16.03 Caroline Désir (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Ces éléments permettent de mieux comprendre l'origine du blocage. Je prends acte de votre volonté d'avancer en identifiant les points de convergence. J'ai bien compris que cela devrait permettre de mettre en œuvre cette loi dans les prochains mois.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

17 Samengevoegde vragen van

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De juiste zorg bij een beroerte" (56013875C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De grote verschillen tussen ziekenhuizen in de behandeling van beroertes" (56014027C)

17 Questions jointes de

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins appropriés en cas d'AVC" (56013875C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les grandes différences entre hôpitaux dans le traitement des AVC" (56014027C)

17.01 Irina De Knop (Anders.): Mij heeft geen vraag tot uitstel bereikt van collega Muylle, dus ik stel voor dat ik mijn eigen vraag gewoon stel, want ze is toch belangrijk.

Mijnheer de minister, uit een recente audit van het RIZIV bleek dat er grote verschillen bestaan tussen Belgische ziekenhuizen in de behandeling van patiënten met een beroerte. We weten dat snelheid cruciaal is. Hoe langer de hersenen geen zuurstof krijgen, hoe groter de kans op hersenschade.

In België worden jaarlijks ongeveer 25.000 mensen getroffen door een beroerte. Het is de belangrijkste oorzaak van verworven motorische beperkingen en de op één na belangrijkste oorzaak van ernstige cognitieve achteruitgang bij volwassenen.

Volgens de audit variëren de sterftecijfers na opname wegens een beroerte sterk tussen ziekenhuizen. Gemiddeld overlijdt ongeveer 10 % van de patiënten, maar de cijfers lopen sterk uiteen, van ongeveer 3 % tot 30 %. Ook de responstijden verschillen aanzienlijk.

Het RIZIV heeft ook vastgesteld dat België goede resultaten behaalt voor het aandeel patiënten dat behandelingen als trombolysen of trombectomie krijgt. Toch blijven er verschillen tussen ziekenhuizen bestaan en worden belangrijke kwaliteitsindicatoren niet systematisch op nationaal niveau geregistreerd of geanalyseerd. Daarom stel ik u de volgende vragen.

Hoe beoordeelt u de resultaten van deze RIZIV-audit en de grote verschillen tussen ziekenhuizen?

Welke maatregelen neemt u om ervoor te zorgen dat ziekenhuizen de Europese normen inzake diagnose en behandeling halen?

Plant u bijkomende initiatieven om de organisatie van de beroertezorg in België beter te harmoniseren? Zo ja, kan dat volgens u gebeuren via gespecialiseerde *stroke units*? Of welke andere manieren ziet u?

Werkt u aan nationale registratie en monitoring van kwaliteitsindicatoren, zodat de prestatieverschillen tussen ziekenhuizen beter kunnen worden opgevolgd?

Bent u van plan, in lijn met de aanbevelingen, een nationaal beroerteplan uit te werken?

Geef ons ook even de stand van zaken van de erkenningsnormen en van de erkenningen voor gespecialiseerde zorgprogramma's voor beroertezorg.

Présidente: Ludivine Dedonder.

Voorzitster: Ludivine Dedonder.

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Uit de audit blijkt inderdaad, mevrouw De Knop, dat er verschillen bestaan in de beroertezorg tussen de ziekenhuizen. Zoals ook in andere subdisciplines het geval is, zijn er te veel ziekenhuizen die bepaalde invasieve ingrepen uitvoeren, waardoor de expertise te versnipperd is, ten koste van de kwaliteit van de zorg voor de patiënten. We moeten dus een duidelijk zorgpad voor beroertezorg creëren. Dat betekent ook dat we heldere programmatiecriteria moeten vastleggen voor gespecialiseerde zorgprogramma's.

Het ontwerp van koninklijk besluit, dat rekening houdt met de opmerkingen van de Raad van State op het eerder vernietigde besluit, is intussen besproken binnen de interkabinettenwerkgroep (IKW). Het is voor advies voorgelegd aan de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) en zal binnenkort aan de regering worden voorgelegd. Het is een lijdensweg geweest, maar ik hoop dat we nu tot een stabiel besluit en een stabiel juridisch kader kunnen komen.

Cardiovasculaire aandoeningen vormen een van de drie prioritaire actiedomeinen binnen het recent opgerichte Interfederaal Platform voor Kwaliteit van Zorg. Dat platform is een mijlpaal, omdat we samen met de deelstaten een dynamiek willen creëren om de kwaliteit van zorg te versterken, in overeenstemming met de kwaliteitswet en met respect voor de bevoegdheidsverdeling in ons land. Daarbij zullen we methodes op elkaar afstemmen alsook de kwaliteit van data en de samenwerking tussen de verschillende bevoegdheidsniveaus versterken. We zijn er immers samen van overtuigd dat kwaliteitsindicatoren over de verschillende bevoegdheden heen moeten worden bekeken. Die indicatoren moeten het ook mogelijk maken dat het publiek goed op de hoogte is en dat de ziekenhuizen de nodige verbeteracties kunnen organiseren.

17.03 **Irina De Knop** (Anders.): Dank u wel, mijnheer de minister.

Op basis van uw antwoord en enthousiasme stel ik vast dat er hard aan wordt gewerkt. We kijken uit naar het resultaat.

Ik kreeg echter geen antwoord op mijn derde vraag, namelijk welke extra initiatieven er worden gepland met betrekking tot de organisatie van beroertezorg. Ik heb wel toelichting gekregen over het interfederaal plan, maar niet concreet hoe u dat zult invullen en harmoniseren. U hebt wel gesproken over de kwaliteitsindicatoren, maar werkt u ook aan een nationaal beroerteplan, of vloeit dat voort uit het interfederaal plan dat u momenteel opmaakt?

17.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, ik durf niet uit het hoofd alle elementen op te sommen met betrekking tot de gespecialiseerde beroertezorg die opgenomen zijn in het koninklijk besluit dat het landschap moet organiseren en de expertise concentreren. Dat veroorzaakt altijd veel animositeit tussen ziekenhuizen die zich geroepen voelen om erkend te worden als gespecialiseerd centrum voor beroertezorg. Dat koninklijk besluit is voor mij essentieel. Ik hoop dat we het nu kunnen finaliseren, maar ik kan u niet uit het hoofd alle details geven. Daar kunnen we later nog op terugkomen.

Daarnaast is er het plan voor cardiovasculaire aandoeningen, waarover ik nog niet heb uitgeweid. Naar analogie van het kankerplan willen we ook werk maken van een plan voor cardiovasculaire aandoeningen. De kwaliteitszorg beperkt zich niet tot cardiovasculaire aandoeningen. Ik ben inderdaad nogal enthousiast, hoewel men soms niet te enthousiast mag zijn. Ik ben evenwel blij dat we een doorbraak hebben gerealiseerd om samen met de deelstaten met kwaliteitsindicatoren te werken, die deels ook publiek beschikbaar kunnen worden gesteld.

Het zijn stuk voor stuk verschillende thema's, mevrouw De Knop, waarover ik nu niet verder uit mijn hoofd durf te improviseren, maar waarop we ongetwijfeld later nog kunnen terugkomen.

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 chemicaliën in schoonmaakproducten en het NAPED" (56013889C)

18 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les substances chimiques utilisées dans des produits d'entretien et le NAPED" (56013889C)

18.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, we liggen allemaal wakker van de schadelijke gevolgen van chemische stoffen voor burgers. De gebeurtenissen van de voorbije weken en maanden, met vergiftigde babymelk, PFAS in speelzand en hormoonverstoorders in onze kleding, hebben dat nog eens beklemtoond. Onlangs nog wijdde het VRT-programma *WinWin* een rubriek aan de schadelijke gevolgen van veel schoonmaakproducten voor de gezondheid van huishoudhulpen. Daarover werd ook al in het Vlaams Parlement gedebatteerd.

Bij dergelijke gebeurtenissen wordt vaak naar de overheid gekeken. Die kan evenwel niet altijd volgen, omdat de markt zich zo snel ontwikkelt. In 2022 hebben we daarom het Nationaal actieplan voor hormoonverstoorders of National Action Plan on Endocrine Disruptors (NAPED) opgesteld, met als doel ons beter te beschermen tegen de gevaren van die chemische stoffen, onder meer door een doeltreffender communicatiebeleid vanuit de overheid, de invoering van strengere controles en het coördineren en versterken van bewustmakingsacties gericht op het grote publiek. Dat plan loopt in 2026 af.

Zult u dit jaar een nieuw actieplan voorstellen voor de periode vanaf 2027? Hoe zult u dat aanpakken?

Hoe beoordeelt u de effectiviteit van het NAPED, ook in de context van de oproep van het ACV aan de overheden om meer aandacht te schenken aan de schadelijke gezondheidsimpact van veel schoonmaakproducten?

In uw beleidsnota voor 2026 hebben we gelezen dat u de nadruk zult leggen op de identificatie van de gevaren van verschillende chemische stoffen en dat u projecten zult ondersteunen die de impact van hormoonverstoorders op de menselijke gezondheid beter willen nagaan. Dat is terecht, maar lijkt de suggestie te wekken dat die aanpak nog in de kinderschoenen staat. Zult u ook concrete maatregelen nemen om het gebruik te beperken, conform het NAPED?

Bent u bereid om bij uw collega-ministers Beenders en Clarinval aan te dringen op strengere wetgeving rond controle, enerzijds, en consumentenbescherming, anderzijds, en dus op het opleggen van een sterkere regulering van die producten?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Gevaarlijke chemische stoffen zijn inderdaad een belangrijk aandachtspunt. Bijzondere aandacht is dan ook aangewezen voor hormoonverstoorders. Bij zwangere vrouwen en jonge kinderen is er immers sprake van een bijzondere kwetsbaarheid.

In het kader van het NAPED hebben mijn diensten gewerkt aan de invoering op Europees niveau van nieuwe criteria voor de identificatie van hormoonverstoorders en zijn ze al enkele jaren bezig met het karakteriseren van deze stoffen en hun effecten op de gezondheid en het milieu.

Op dit moment zijn er in Europa 133 stoffen formeel als hormoonverstoorders geïdentificeerd en worden bijna 100 stoffen nog beoordeeld. Gezien het grote aantal chemische stoffen dat op de markt is en de voortdurende ontwikkeling ervan, is dit een continu proces. Identificatie is de eerste stap vooraleer risicobeheersmaatregelen worden genomen. In dat verband heeft België zich sterk gemaakt voor een verbod op hormoonverstoorders in speelgoed.

In het kader van de nieuwe verordening, die onlangs door de Europese Unie is aangenomen, hebben we ook het plan om het verbod op hormoonverstoorders in alle mengsels die door consumenten worden gebruikt, zoals voorzien in het kader van de Europese Green Deal, breder te ondersteunen zodra de Europese Commissie een voorstel in die zin heeft ingediend. Een dergelijk verbod zou met name moeten gelden voor detergenten en andere schoonmaakmiddelen.

Daarnaast steunt België de wijziging van de criteria voor de toekenning van het Europese Ecolabel, door hormoonverstoorders toe te voegen aan de lijst van uitgesloten stoffen voor elke herziene

productcategorie, zoals cosmetica en detergenten.

Op Belgisch niveau is de codex voor welzijn op het werk in juli 2023 aangepast om werknemers beter te beschermen tegen blootstelling aan hormoonverstoorders, met bijzondere voorzorgsmaatregelen voor zwangere vrouwen en jonge werknemers.

Naast de regelgevende maatregelen wordt in het kader van het NAPED een nationale campagne gevoerd om de blootstelling van kwetsbare groepen aan hormoonverstoorders te verminderen. De eerste fase, die in 2024 van start ging, is gericht op zwangere vrouwen en vrouwen die zwanger willen worden. De tweede fase, die ook gericht is op jonge kinderen, gaat de komende weken van start.

Een van de adviezen in de campagne is onder meer om eenvoudige schoonmaakmiddelen zoals marseillezeep, zwarte zeep of natriumbicarbonaat of producten met het Ecolabel te gebruiken en om woningen goed te ventileren om de blootstelling aan potentieel schadelijke chemische stoffen te verminderen. De impact van de campagne wordt geëvalueerd aan de hand van pre- en posttests bij een steekgroep van de bevolking. De eerste resultaten zijn positief.

Het NAPED loopt eind december van dit jaar af. De evaluatie van dit nationale actieplan gaat binnenkort van start, om onder meer de doeltreffendheid van de maatregelen die tussen 2022 en 2026 in België zijn genomen te beoordelen. De eventuele verlenging van het NAPED zal dit jaar worden besproken tijdens een interministeriële conferentie over Milieu en Gezondheid, die zal worden uitgebreid naar Werkgelegenheid en Economie. Als de verlenging van het NAPED wordt goedgekeurd, zullen de nieuwe prioriteiten worden vastgesteld na raadpleging van de bevoegde autoriteiten, de belanghebbenden en het maatschappelijk middenveld via een openbare raadpleging.

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

Mevrouw de voorzitter, mijn excuses voor mijn dermate uitgebreide vraag dat de minister niet anders kon dan zijn spreektijd te overschrijden, maar het illustreert wel hoe waardevol de informatie is die de minister meegeeft.

Mijn suggestie zou dan ook zijn om als we overgaan tot de evaluatie van het NAPED, dat ook in deze commissie te presenteren, zodat wij weten wat de resultaten van het vorige actieplan waren en er ook vanuit het Parlement inzichten en prioriteiten kunnen worden geleverd voor het nieuwe actieplan.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Aangezien we van haar niets vernomen hebben, vervalt vraag nr. 56013938C van mevrouw Van Hoof.

19 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidsimpact van vliegtuigoverlast" (56013943C)

19 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les effets des nuisances du trafic aérien sur la santé" (56013943C)

19.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de geluidsinfrastructuur was nog niet helemaal aangepast aan mijn vragen, maar ik heb een vraag over de impact van vliegtuigoverlast.

In Brussel merkt men recent dat er op een bepaalde vliegroute, die onder meer over Schaarbeek loopt, verhoogde activiteit is. Het gaat om dichtbevolkte wijken. Ik heb uw collega-minister Crucke bevestigd over de technische aspecten, maar ik wil u uiteraard bevestigen over de gezondheidsaspecten. Grootchalige studies tonen aan dat overmatige blootstelling aan vliegtuiglawaai het risico op zowel mentale als fysieke aandoeningen verhoogt. Dat brengt uiteraard grote kosten met zich mee. Er zijn studies die spreken van 1 miljard euro per jaar door ernstige slaapverstoring en 900 miljoen euro per jaar door de toename van cardiovasculaire aandoeningen.

In uw beleidsverklaring staat dat u op een transversale en systemische manier aandacht besteedt aan

het verlengen van het leven in goede gezondheid. U wilt dat doen door te zorgen voor een zo gezond mogelijke leefomgeving. Geluid is daar uiteraard een aspect van.

Hebt u kennisgenomen van de studie van Envisa, waarnaar ik heb verwezen? Ondersteunt u die en wilt u daarmee aan de slag gaan? Zult u vanuit uw bevoegdheid pleiten voor de afschaffing van nachtvluchten in België, zoals recent ook in sommige buurlanden is gebeurd en zoals aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad? Welke acties zult u daartoe ondernemen?

Als dat geen optie is, welke maatregelen ziet u dan om de impact op de gezondheid zo veel mogelijk te beperken? Ik denk aan technische maatregelen, maar ook aan spreiding of de invoering van bepaalde no-flyzones.

In uw beleidsnota staat dat de IMC Volksgezondheid haar werkzaamheden zal voortzetten om in 2026 de eerste indicatoren vast te stellen. Wat is de stand van zaken daarvan en om welke indicatoren gaat het?

Momenteel wordt ook de Europees verplichte *balanced approach procedure* doorlopen, waarin wordt bestudeerd welke geluidsbeperkende maatregelen in de nieuwe omgevingsvergunning van Brussels Airport kunnen worden opgenomen. Op welke manier bent u daarbij betrokken en hoe zal het gezondheidsaspect daarin worden behandeld?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, omdat ik de gezondheidsimpact van vliegtuigoverlast erg belangrijk vind, heb ik daarover een studie besteld bij de Hoge Gezondheidsraad. Net als de Envisastudie vormt zij voor mij essentiële input voor de herzieningen die zijn opgenomen in zowel het federale als het Vlaamse regeerakkoord, met name op federaal vlak de vliegwet en op Vlaams niveau de omgevingsvergunning.

Ik verwacht veel van wat men de *balanced approach procedure* noemt. Het initiatief voor een *balanced approach process* ligt bij Vlaanderen, meer bepaald bij het departement Omgeving. Het startpunt daarvoor zijn de geluidsdoelstellingen, opgenomen in het geluidsactieplan 2025-2029, dat in 2025 door de Vlaamse regering is vastgesteld. Die doelstellingen kunnen via de voorziene consultaties van het publiek en belanghebbenden evenwel nog worden bijgesteld. Er komen onder andere fora, focusgroepen en een-op-eencontacten.

De *balanced approach* kijkt naar maatregelen binnen vier pijlers van lawaaibestrijding: ten eerste, de beperking van vliegtuiglawaaai aan de bron, ten tweede, ruimtelijke ordening en beheer, ten derde, operationele procedures voor de bestrijding van geluidshinder en, ten vierde, exploitatiebeperkingen.

Die vierde pijler omvat maatregelen die rechtstreeks ingrijpen op het gebruik van de luchthaven, zoals nachtbeperkingen, quota, tijdvensters en beperkingen voor categorieën luchtvaartuigen. Dergelijke beperkingen mogen binnen het Europese kader voor de *balanced approach* slechts worden overwogen als aangetoond is dat maatregelen binnen de eerste drie pijlers onvoldoende zijn.

Binnen de specifieke Belgische context is een gezamenlijke federale en Vlaamse aanpak uiteraard onontbeerlijk. Om die reden werd voor de uitwerking en de uitrol van de *balanced approach* op 9 december 2025 een protocolovereenkomst gesloten tussen de Vlaamse minister van Omgeving en de federale minister van Mobiliteit ter ondersteuning van een vlotte samenwerking. Voor meer details verwijs ik u naar minister Crucke, die ook in de beleidsstuurgroep van de *balanced approach* zetelt. Intussen werkt minister Crucke ook aan een voorstel van vliegwet.

Het is evident dat het essentieel is dat de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en de voorgestelde indicatoren voor het meten van geluidshinder worden meegenomen in al die processen. De hele procedure rond de *balanced approach* bevindt zich in een beginstadium en zal nog lopen tot 2029. Voor meer details omtrent de timing verwijs ik u naar de Vlaamse minister van Omgeving.

Minister Crucke heeft eind december 2025 van de federale ministerraad het mandaat gekregen om de stuurgroep van de vliegwet, de gewestelijke vertegenwoordiging en de experts aan te duiden. Opnieuw kunnen meer details bij hem worden verkregen.

Met betrekking tot de indicatoren, waarover afspraken zijn gemaakt in de IMC Volksgezondheid, is het

inderdaad de bedoeling om in 2026 op wetenschappelijke basis, op basis van gegevens die eventueel al door instellingen zijn verzameld, een aantal indicatoren te selecteren die door de Volksgezondheidsautoriteiten zullen worden opgevolgd om de evolutie en de inspanningen te beoordelen die nodig zijn om de SDG's 3, 3.9 en 3.4 te bereiken.

Met betrekking tot gezondheid- en milieugerelateerde indicatoren is het de bedoeling om te beginnen met luchtvervuiling en geluidshinder.

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

Ik heb minister Crucke daarover al bevraagd en ik zal dat natuurlijk blijven doen, ook naar aanleiding van uw antwoord.

Ik hoor u luid en duidelijk zeggen dat de exploitatiebeperking pas mogelijk is binnen de Europese regelgeving als men naar alle andere maatregelen heeft gekeken. Op dit moment zijn, ook in uw antwoord, die cutoffgrenzen nog een beetje flou. Hoeveel geluidsoverlast is men bereid te tolereren als aanvaardbaar? Hoeveel daarmee gepaard gaand gezondheidsverlies is men bereid te tolereren voor de economische winst die daar wordt gemaakt?

Het publieke debat kan volgens mij bevorderd worden als men die criteria ook op voorhand duidelijk maakt in de *balanced impact study*, als men zegt op basis van welke indicatoren men zal onderzoeken en naar welke streefwaarden men zal streven. Als die niet gehaald worden, dan zullen er inderdaad ingrijpendere maatregelen moeten komen. Ik vrees dat in het publieke debat een welles-nietesspelletje dreigt te ontstaan tussen welke maatregelen voldoende zijn om de gevolgen voor de volksgezondheid te beperken en welke niet.

Het zou de regering en het beleid helpen als men in tempore non suspecto de doelstellingen helder formuleert, zodat men een objectief debat kan voeren.

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

20 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het rapport van de federale ombudsdienst "Rechten van de patiënt"" (56013988C)

20 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport du service de médiation fédéral "Droits du patient"" (56013988C)

20.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het rapport van 2024 van de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt leert ons dat het aantal meldingen bij de Ombudsdienst stabiliseert, maar – dit is opvallend – dat het aantal klachten ten aanzien van tandartsen hoog blijft. Meer dan veertig procent van de klachten heeft betrekking op tandartsen, die niet eens de grootste groep zorgverstrekkers vormen. Opnieuw pleit de federale ombudsdienst voor een deontologische instantie voor tandartsen. Hij doet dat al lang, ik denk zelfs al twintig jaar. In het regeerakkoord is ook afgesproken dat we zullen onderzoeken of een deontologische instantie voor tandartsen kan worden geïntegreerd in een hervormde Orde der artsen.

Wordt er inderdaad werk gemaakt van een hervorming van de Orde der artsen? Zo ja, hoe ver staan de werkzaamheden en wanneer denkt men te landen?

Welke instanties zijn betrokken bij die hervorming?

Wat is de doelstelling?

Wordt er ook bekeken op welke manier een deontologisch orgaan voor tandartsen zou kunnen worden geïntegreerd?

20.02 Minister Frank Vandenbroucke: Zonder in te gaan op het totale aantal klachten in 2025, kan ik inderdaad bevestigen dat de ombudsdienst al jaren een opvallend aandeel klachten over tandartsen

meldt en inderdaad pleit voor een deontologische orde. De diensten in onze FOD die daarvoor bevoegd zijn, nemen dat ook mee in hun analyse.

Overeenkomstig het regeerakkoord denken we na over de opportuniteit en de modaliteiten van een eventuele aanpassing van het deontologische kader dat van toepassing is op de gezondheidszorgberoepen, ook wat de Orde der artsen betreft. Die reflectie zit op dit ogenblik in een fase van onderzoek en overleg. Ik kan u dus nu geen specifiek tijdschema geven.

Alle bevoegde administraties worden daarbij betrokken. Indien nodig zijn er ook uitwisselingen tussen de betrokken adviesorganen en met de vertegenwoordigers van de zorgberoepen.

De algemene bedoeling is te evalueren of de bestaande structuren voldoende beantwoorden aan de vereisten inzake deontologie, rechtszekerheid en bescherming van patiënten. In dat kader wordt ook de vraag gesteld naar een mogelijke organisatie van een deontologisch orgaan voor tandartsen, alsook de mogelijkheid van een integratie daarvan binnen een bestaande structuur. Er is op dit moment nog geen beslissing genomen.

20.03 Frieda Gijbels (N-VA): Voor mij persoonlijk is het een kwestie van beroepseer om in zelfregulering te voorzien via een deontologisch orgaan. Ik vind dat men daar als beroepsgroep achter zou moeten staan.

Tegelijk begrijp ik dat de manier waarop de deontologische organen vandaag functioneren, wat achterhaald en weinig transparant is. Wie klacht indient, heeft te weinig zicht op wat er met zijn of haar klacht gebeurt. Ik denk dus dat daar effectief werk aan de winkel is.

Nu men de Orde der artsen probeert te moderniseren, moet er mijns inziens van de gelegenheid gebruikgemaakt worden om een deontologisch orgaan voor tandartsen erin te integreren. Ik denk dat dat een goede tussenoplossing is. Wij zijn al langer pleitbezorger van een aparte orde voor tandartsen, maar als die geïntegreerd wordt, dan is dat nog altijd beter dan de situatie vandaag.

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

21 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le cadre réglementaire national en matière d'IA pour les soins de santé" (56013992C)

21 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nationale regelgevingskader betreffende het gebruik van AI in de gezondheidszorg" (56013992C)

21.01 François De Smet (DéFI): *L'intelligence artificielle pose de nombreuses questions et bouleverse nos sociétés. Je souhaite vous interroger sur l'exécution de l'accord de gouvernement sur l'IA dans le champ de vos compétences.*

L'accord de coalition fédérale prévoit d'examiner la nécessité de développer des cadres réglementaires nationaux supplémentaires pour l'IA dans les soins de santé, en complément de la réglementation européenne.

Par ailleurs, une stratégie commune en matière de données et d'IA pour la santé publique doit être élaborée.

Quant à l'aide au diagnostic, le gouvernement souhaite que la technologie aide les prestataires de soins à se concentrer sur leur tâche principale.

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir:

Où en est la réflexion sur ce cadre réglementaire destiné à favoriser l'expérimentation tout en protégeant la qualité des soins?

Comment il compte assurer l'interopérabilité des données de santé via le concept BIHR (Belgian

Integrated Health Record) tout en garantissant un respect absolu du secret médical?

Quelles initiatives sont prises pour encourager les applications d'IA d'aide au diagnostic et leur remboursement par l'INAMI?

21.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le SPF travaille actuellement à un plan d'action pour l'IA visant à mettre en œuvre concrètement les recommandations de l'OMS, de l'OCDE et de l'Union européenne concernant les objectifs de santé à atteindre, leur intégration dans le système de soins et le cadre législatif à réaliser en Belgique. Les consultations préparatoires relatives à ce plan, qui sera publié d'ici la fin 2026, seront menées auprès du secteur et des experts concernés afin de définir un cadre inspirant pour que l'innovation, et plus particulièrement l'IA, contribuent à la qualité et à la continuité des soins.

Le concept du Belgian Integrated Health Record (BIHR) vise à améliorer l'accès aux données de santé pour les usagers et les professionnels de santé en renforçant la qualité et l'exhaustivité des données disponibles et en optimisant les interfaces, avec un accent mis sur la valeur ajoutée pour chacun.

L'ensemble de ces actions sera réalisé de manière standardisée, interopérable, dans le respect total de la vie privée des usagers et de la sécurité des données. De plus, les données seront mises à disposition pour l'élaboration de politiques et la recherche conformément aux principes du RGPD et du EHDS (*European Health Data Space*), soit l'anonymisation, la pseudonymisation, l'agrégation, la possibilité de retrait, etc. Elles serviront également à l'entraînement de modèles d'IA dans le plus strict respect de la vie privée, comme indiqué précédemment.

Grâce aux fonds du Plan belge de relance et de transition, plusieurs projets ont déjà été menés à bien par des hôpitaux en collaboration avec le secteur social et les soins primaires.

Le Plan IA offrira un cadre propice à l'innovation, laquelle est aussi prise en compte dans la réflexion sur le financement durable des technologies de santé numérique, qui incluent l'IA.

21.03 François De Smet (DéFI): Je remercie le ministre pour ses réponses très intéressantes. Je ferai avec lui le suivi de ce plan, en espérant qu'il arrive bien avant la fin de l'année.

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

De **voorzitster**: De vragen nrs. 56014008C van mevrouw Huybrechts, 56014024C, 56014026C, 56014078C, 56014090C, 56014091C, 56014092C, 56014146C en 56014147C van mevrouw De Knop, 56014038C en 56014042C van de heer Cornillie, 56014117C, 56014118C, 56014136C en 56014137C van mevrouw Taton en 56014124C, 56014125C, 56014126C, 56014127C en 56014128C van mevrouw Bury worden uitgesteld.

22 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een versterkt wettelijk kader voor (paramedische) oogzorg" (56014154C)

22 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un cadre juridique renforcé pour les soins oculaires (paramédicaux)" (56014154C)

22.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Geachte minister, de kwaliteit van het advies en de informatieverstrekking in optiekwaken met betrekking tot contactlenzen in België is zorgwekkend laag. Dat blijkt uit een onderzoek dat Testaankoop vorig jaar uitvoerde. Terwijl optiekwaken steeds vaker het enige 'point of contact' worden voor consumenten, blijken zij hun klanten onvoldoende te informeren over de mogelijke risico's van het dragen van contactlenzen, de noodzakelijke hygiënemaatregelen die hiermee gepaard gaan, en het belang van medische nacontrole. Gelijkaardige problemen doen zich volgens signalen uit het werkveld ook voor bij de advisering rond brilglazen.

Het probleem lijkt deels te wijten te zijn aan het feit dat momenteel zowel optometristen, opticiens als verkopers zonder erkende opleiding in optiekzaken werkzaam zijn en de taakverdeling tussen deze verschillende beroepsgroepen onvoldoende duidelijk is. Hoe dan ook zouden alle medewerkers in optiekzaken, ongeacht hun opleiding, in staat moeten zijn om hun klanten voldoende basisinformatie te geven. Onjuist of ontoereikend advies kan immers de ooggezondheid van consumenten in gevaar brengen.

Dit probleem wordt gedeeltelijk in stand gehouden door een gebrekkig regelgevend kader met betrekking tot paramedische oogzorg. Terwijl de orthoptist momenteel het enige paramedische beroep is dat actief is in de oogzorg, geldt dit niet voor de optometrist. Het koninklijk besluit dat hiervoor een wettelijk kader moest creëren (KB van 7 oktober 2022) werd in oktober 2024 door de Raad van State vernietigd. Dit gebrek aan wettelijk kader werkt de lange wachttijden bij oogartsen – soms tot wel 131 dagen, zoals Testaankoop vorig jaar vaststelde, in de hand.

Ik heb de volgende vragen:

Volgens de beroepsfederatie van oftalmologen zou een betere organisatie van de oogzorg, inclusief een wettelijk kader voor zowel optometrie als orthoptie, kunnen leiden tot een verminderde druk op oogartsen, en bijgevolg ook tot lagere kosten in de oogzorg. Onderschrijft u deze analyse? Zo niet, waarom? Zo ja, wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot een KB betreffende de beroepen van orthoptist en optometrist?

Naast een versterkt wettelijk kader, welke maatregelen overweegt u om de kwaliteit van advies en opvolging in optiekzaken te controleren en te verbeteren?

Hoe zal u ook heel concreet samenwerken met de gemeenschapsministers om de opleiding tot opticiens te verbeteren?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, dit is ook een langlopend probleem, maar laat mij beginnen met te zeggen dat een goede organisatie van oogzorg echt belangrijk is. Dat betekent patiënten correct informeren en ook een adequate opvolging wanneer ooghulpmiddelen gebruikt worden.

Daarom kan een duidelijk wettelijk kader en een betere taakverdeling onder de professionals inderdaad bijdragen tot efficiëntere zorg en een betere inzet van oogartsen. De kwaliteit van zorg en patiëntveiligheid zijn natuurlijk absoluut prioritair. Wat is de stand van zaken? Het koninklijk besluit van 7 oktober 2022 over de orthoptisten en de optometristen werd door de Raad van State vernietigd op 11 oktober 2024. We moesten dus volledig herbeginnen. Ik heb daarom advies gevraagd aan de Federale Raad voor de paramedische beroepen.

Voor de orthoptisten is er vooruitgang. Het advies werd door die Raad goedgekeurd op 19 maart 2025. Voor de optometristen is er nog geen gedragen advies. Het ontwerp van advies werd in juni 2025 verworpen door de Raad. Daarom heb ik na een gesprek met de sector de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen gevraagd om een aanvullend advies te geven voor de optometristen, met focus op drie punten. Wat zijn de opleidingsvereisten? Wat zijn de toegelaten handelingen? Wat zijn de overgangsmaatregelen voor de optometristen?

Ik heb gezegd dat dat moest gebeuren met betrokkenheid van de experts uit het veld, dus met inbegrip van de optometristen, en met respect voor het bredere oogzorglandschap. Ik heb dat aanvullende advies gevraagd tegen juni van dit jaar. In afwachting van dat aanvullende advies voor de optometristen werken we verder aan een nieuw ontwerp van koninklijk besluit voor de orthoptisten, waarvoor er wel een duidelijk advies bestaat, zoals ik zei. Het doel is om een juridisch en praktisch werkbaar kader te realiseren.

Wat de kwaliteit in optiekzaken betreft, opticiens zijn geen gezondheidszorgverstrekkers in de zin van de wet van 10 mei 2015. Zij opereren vandaag in een commerciële context buiten het kader van de gereguleerde gezondheidszorgberoepen en hun handelingen. Dat valt dus niet onder mijn bevoegdheid, maar wel onder die van de minister van Economie.

Ten slotte, de opleidingen voor opticiens zijn een bevoegdheid van de gemeenschappen.

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

Ik stel met u vast dat opticien inderdaad geen gezondheidsberoep is, maar het wordt natuurlijk wel vaak zo gepercipieerd. Dat is een issue voor de volksgezondheid want, zoals u zelf aangeeft, zijn zij niet gekwalificeerd om medisch advies te geven. Nochtans gaan er wel mensen van uit dat zij dat wel doen. Ter zake leeft er dus toch enige misinformatie.

Over het vernietigde koninklijk besluit met betrekking tot het verschil tussen de orthoptisten en de optometristen stelt u dat er voor het ene een geldig advies is en dat u daarmee doorgaat en dat u voor het andere nog op een advies wacht.

Zijn die twee van elkaar afhankelijk? Kan er met het ene worden doorgegaan en voor het andere op het advies worden gewacht of zijn ze toch aan elkaar gekoppeld? Ik meen dat het vernietigde koninklijk besluit beide behandelde.

22.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik moet een beetje voorzichtig zijn met mijn antwoord. Het is altijd een samenhangende problematiek geweest, over de organisatie van het veld, maar ik meen wel dat het ene juridisch kan worden geregeld zonder dat het andere al juridisch geregeld is. Voor het veld is er natuurlijk wel een globale oplossing nodig.

22.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Uiteraard is er een globale oplossing nodig. Anderzijds, als wij een bepaalde groep snel rechtszekerheid kunnen bieden, moeten wij dat ook doen.

22.06 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is ook het idee hierachter.

22.07 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Ik kijk er dan ook naar uit om dat later in 2026 samen met u te bekijken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Monsieur le ministre, je demande à recevoir, par écrit, pour ce vendredi, les réponses à mes questions qui étaient inscrites à l'agenda et qui n'ont pu être traitées durant cette réunion.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 05.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.05 uur.

Schriftelijk behandelde mondelinge vragen

Questions orales traitées par écrit

23 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'hypertension chez les travailleurs en Belgique" (56014311C)

23 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Verhoogde bloeddruk bij werknemers in België" (56014311C)

Monsieur le Ministre,

Une analyse récente effectuée en 2025 sur près de 74.000 examens médicaux préventifs révèle une situation particulièrement préoccupante en matière de santé cardiovasculaire chez les travailleurs en Belgique.

Selon cette analyse, 67 % des travailleurs présentent une tension artérielle supérieure à la normale. Plus inquiétant encore, 23 % souffrent d'hypertension, c'est-à-dire d'une pression artérielle d'au moins 140/90 mmHg. À peine un tiers des travailleurs examinés présentent des valeurs normales.

Les résultats montrent également des disparités importantes selon le sexe et l'âge : 46 % des hommes présentent une tension élevée et 25 % une hypertension, contre respectivement 36 % et 17 % chez les femmes ; les travailleurs masculins de plus de 55 ans sont particulièrement touchés.

L'étude met également en évidence des différences entre secteurs d'activité, avec des taux particulièrement élevés dans les métiers de l'information et de la communication.

Or, comme le rappellent les médecins du travail, l'hypertension est souvent qualifiée de « tueur silencieux », car elle reste longtemps asymptomatique tout en augmentant fortement les risques d'AVC, d'infarctus, d'insuffisance cardiaque ou d'atteintes rénales.

Ces résultats posent clairement la question de la détection précoce et de la prévention cardiovasculaire, notamment dans la population active.

Dès lors, Monsieur le Ministre, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Comment analysez-vous ces résultats particulièrement préoccupants concernant la prévalence de l'hypertension chez les travailleurs belges ?

Existe-t-il aujourd'hui une stratégie nationale spécifique visant à renforcer le dépistage précoce de l'hypertension, notamment via la médecine du travail et la première ligne de soins ?

Quelles actions supplémentaires le gouvernement envisage-t-il pour améliorer la prévention des facteurs de risque cardiovasculaires en particulier chez les travailleurs ?

Une collaboration renforcée avec les services de médecine du travail est-elle envisagée afin d'identifier plus rapidement les situations à risque et orienter les patients vers une prise en charge adéquate ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.

[24] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les conseils nutritionnels des outils IA et les risques pour les adolescents" (56014314C)

[24] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Voedingsadvies via AI-tools en de gevaren voor adolescenten" (56014314C)

Monsieur le Ministre,

De récentes recherches scientifiques publiées dans *Frontiers in Nutrition* mettent en évidence un phénomène préoccupant : les adolescents qui suivent des conseils diététiques fournis par des modèles d'intelligence artificielle populaires reçoivent des recommandations largement inadéquates, voire dangereuses pour leur santé.

Selon cette étude, des plans alimentaires générés pour des jeunes de 15 ans en surpoids présentent un déficit moyen d'environ 700 calories/ jour par rapport aux recommandations de professionnels de santé. Ces régimes sont également déficitaires en nutriments essentiels tels que la vitamine D, le fer ou le calcium, indispensables à la croissance.

Les experts alertent sur les conséquences potentielles :

- risque accru de carences nutritionnelles chez des adolescents en pleine croissance ;
- développement de troubles du comportement alimentaire ;
- effets métaboliques négatifs, notamment via le phénomène de yo-yo ;
- influence de contenus non scientifiques ou de "modes alimentaires" relayées par ces outils.

Dans un contexte où les jeunes se tournent de plus en plus vers les outils numériques pour obtenir des conseils en matière de santé, cette situation soulève des questions de sécurité sanitaire, de prévention et d'encadrement de l'information.

Monsieur le Ministre,

1. Avez-vous connaissance de ces travaux et de l'impact potentiel des outils d'IA sur les comportements alimentaires des jeunes en Belgique ?
2. Des études ou un suivi existent-ils au niveau fédéral ou via Sciensano concernant l'usage des IA en matière de conseils de santé, en particulier chez les adolescents ?
3. Quelles mesures envisagez-vous pour mieux encadrer ou accompagner l'usage de ces outils lorsqu'ils délivrent des conseils nutritionnels ou de santé ?
4. Une campagne de sensibilisation à destination des jeunes et des parents est-elle envisagée afin de rappeler que les conseils médicaux ou diététiques doivent être validés par des professionnels ?
5. Comment le gouvernement entend-il collaborer avec les entités fédérées pour prévenir les risques liés à ces nouveaux usages numériques ?

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.

[25] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité aux soins dentaires" (56014465C)

[25] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegankelijkheid van de tandzorg" (56014465C)

Monsieur le Ministre,

En janvier dernier, je vous interrogeais sur l'évolution de la pratique dentaire et les risques croissants en matière d'accessibilité aux soins.

Depuis lors, les nouveaux chiffres de l'INAMI confirment une double tendance préoccupante.

D'une part, des écarts importants de conventionnement entre les régions : 72 % en Wallonie, contre à peine 52 % en Flandre.

D'autre part, une progression du conventionnement qui repose largement sur le conventionnement partiel, permettant de ne respecter les tarifs officiels qu'à certains moments.

Or, cette évolution pose un problème fondamental : elle ne garantit ni un accès réel aux soins, ni une protection effective contre l'augmentation des coûts.

Comme le souligne notamment Solidaris, cette situation entretient une confusion entre sécurité tarifaire et accessibilité financière.

Dans les faits, les suppléments d'honoraires restent importants et le coût des soins dentaires continue d'augmenter, directement à charge des patients.

Autrement dit, nous risquons de voir se développer une médecine dentaire à deux vitesses : accessible à certains moments ou dans certaines régions, mais de plus en plus coûteuse pour de nombreux citoyens.

Dès lors, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Comment analysez-vous cette hausse du coût réel des soins dentaires pour les patients, malgré l'augmentation du taux de conventionnement ?

Le développement du conventionnement partiel ainsi que des tarifs indicatifs ne nuisent-ils pas à la lisibilité et la sécurité tarifaire pour les patients ?

Comment le gouvernement entend-il garantir une véritable accessibilité financière des soins dentaires,

et pas uniquement une sécurité tarifaire partielle ?

Des mesures sont-elles envisagées pour mieux encadrer les suppléments d'honoraires, ou pour renforcer l'attractivité du conventionnement complet ?

Enfin, comment éviter que les écarts régionaux actuels ne renforcent les inégalités entre citoyens, en matière d'accès et de coût des soins ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.

[26] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La greffe d'utérus" (56014466C)

[26] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Baarmoedertransplantaties" (56014466C)

Monsieur le Ministre,

Les avancées médicales en matière de transplantation continuent d'ouvrir des perspectives inédites pour les patientes atteintes d'infertilité utérine absolue, notamment celles souffrant du syndrome MRKH, qui concerne environ une femme sur 4.500.

Depuis la première greffe d'utérus réalisée en Suède il y a une dizaine d'années, plus de 150 transplantations ont été effectuées dans le monde, permettant déjà la naissance d'au moins 65 enfants. En Europe, plusieurs équipes, dont une en Belgique, se sont engagées dans ces protocoles innovants.

Ces interventions, bien que non vitales, s'inscrivent dans une logique profondément humaine : permettre à des personnes privées d'utérus de porter un enfant. Elles posent toutefois des questions importantes, tant sur le plan médical (complexité chirurgicale, recours à l'immunosuppression, fécondation in vitro) que sur le plan éthique (donneuses vivantes, consentement, encadrement des pratiques).

Par ailleurs, la recherche progresse encore, notamment avec les travaux explorant la possibilité de développer des utérus à partir de cellules souches, ouvrant de nouvelles perspectives à moyen ou long terme.

Dans ce contexte, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Quel est aujourd'hui l'état des lieux des greffes d'utérus en Belgique? Combien d'interventions ont été réalisées, dans quels centres, et avec quels résultats en termes de naissances et de suivi des patientes ?

Quel cadre éthique et réglementaire encadre ces pratiques dans notre pays? Des recommandations spécifiques existent-elles concernant le recours à des donneuses vivantes ou décédées ?

Comment est organisée la prise en charge financière de ces interventions particulièrement complexes ? Sont-elles reconnues et remboursées, en tout ou en partie, par l'assurance obligatoire ?

Un suivi structuré à long terme est-il prévu pour les patientes receveuses et les donneuses, notamment sur les plans médical et psychologique ?

La Belgique soutient-elle la recherche dans ce domaine, notamment les travaux liés aux cellules souches et aux alternatives à la transplantation classique ?

Enfin, une réflexion est-elle menée au niveau fédéral ou européen afin d'harmoniser les pratiques et garantir un accès équitable à ces innovations médicales ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

*Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.
La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.*

27 *Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge du lipœdème" (56014467C)*

27 *Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van lipoeedeem" (56014467C)*

Monsieur le Ministre,

Souvent confondu avec un simple problème de poids ou une mauvaise hygiène de vie, le lipœdème est pourtant une maladie chronique de la graisse, douloureuse et progressive, qui toucherait près d'une femme sur dix et qui apparaît fréquemment dès l'adolescence.

Cette pathologie, encore largement méconnue, se manifeste notamment par une accumulation anormale de tissu graisseux au niveau des membres, des douleurs importantes, des ecchymoses fréquentes et un impact significatif sur la qualité de vie. Elle est également associée à une forte stigmatisation sociale.

Faute de reconnaissance officielle en Belgique et d'outils diagnostiques spécifiques, de nombreuses femmes vivent un véritable parcours du combattant avant d'obtenir un diagnostic. Cette errance médicale retarde la prise en charge et aggrave les symptômes.

Par ailleurs, les traitements conservateurs, tels que le drainage lymphatique, la compression ou la kinésithérapie, permettent de soulager les symptômes, mais ne traitent pas la cause. À ce jour, seule la lipoaspiration thérapeutique permet de retirer les tissus adipeux pathologiques, sans pour autant faire l'objet d'un remboursement structurel.

Monsieur le Ministre :

Dispose-t-on de données ☐☐pidémiologiques fiables sur la prévalence du lipœdème en Belgique et sur les délais de diagnostic ?

Quelles mesures entendez-vous prendre pour améliorer la formation des professionnels de santé et réduire l'errance diagnostique des patientes ?

Une réflexion est-elle en cours concernant la prise en charge financière des traitements, en particulier la lipoaspiration thérapeutique, lorsqu'elle est médicalement indiquée ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

*Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.
La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.*

28 *Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le traitement des troubles dépressifs persistants" (56014468C)*

28 *Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van persisterende depressieve stoornissen" (56014468C)*

Monsieur le Ministre,

Les troubles dépressifs résistants constituent aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique. De nombreux patients ne répondent pas aux traitements classiques, malgré des années de suivi, de médication et de souffrance persistante.

Dans ce contexte, plusieurs études scientifiques internationales, particulièrement rigoureuses, mettent en évidence des résultats prometteurs concernant l'usage encadré de certaines substances

psychédéliques, comme la psilocybine ou le LSD, en association avec une psychothérapie.

Ces travaux indiquent que 30 à 50 % des patients souffrant de dépression résistante pourraient connaître une amélioration significative, voire une rémission, parfois après une seule administration, ce qui constitue un changement de paradigme en psychiatrie.

Par ailleurs, les recherches en neurosciences montrent que ces substances agissent notamment sur la neuroplasticité et les circuits cérébraux impliqués dans les ruminations et les biais cognitifs négatifs, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives thérapeutiques.

Cependant, malgré ces résultats encourageants, ces substances restent aujourd'hui strictement interdites en dehors des protocoles de recherche, et aucun traitement n'a encore obtenu d'autorisation de mise sur le marché.

Dans le même temps, on observe une augmentation des demandes de patients et un recours croissant à des usages non encadrés, ce qui pose des questions en matière de sécurité et d'équité d'accès aux soins.

Dès lors, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Quelle est votre position concernant le développement des thérapies assistées par psychédéliques dans le traitement des dépressions résistantes?

Des études cliniques sont-elles actuellement en cours en Belgique, et des moyens supplémentaires sont-ils prévus pour soutenir cette recherche ?

La Belgique anticipe-t-elle une éventuelle autorisation de mise sur le marché au niveau européen, notamment en termes d'encadrement médical, de formation des praticiens et d'organisation des soins ?

Une réflexion est-elle en cours concernant le développement de nouvelles molécules dérivées, dites « pseudo-psychédéliques », permettant de bénéficier des effets thérapeutiques sans induire d'expérience hallucinatoire?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.

29 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Centre Antipoisons et le mauvais usage des médicaments" (56014469C)

29 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Antigifcentrum en verkeerd gebruik van geneesmiddelen" (56014469C)

Monsieur le Ministre,

Le Centre Antipoisons a enregistré en 2025 un nombre record d'appels, avec 64.775 sollicitations, dont près de 59.000 liées à une exposition potentielle à un produit toxique.

Cette augmentation traduit un bon réflexe de la population, mais elle s'accompagne aussi de nouvelles évolutions préoccupantes.

Près de la moitié des appels concernent des médicaments, notamment le paracétamol, ainsi que certains traitements liés au diabète. Par ailleurs, le Centre souligne l'impact croissant des plateformes d'intelligence artificielle, qui orientent parfois correctement les patients, mais génèrent aussi des appels inutiles ou des demandes de confirmation.

Dans ce contexte, je souhaite vous poser les questions suivantes :

Comment analysez-vous cette augmentation significative du nombre d'appels et, plus largement, l'évolution de la charge de travail du Centre Antipoisons ces dernières années ?

Le Centre dispose-t-il aujourd'hui de moyens humains et financiers suffisants pour faire face à cette hausse d'activité ? Son financement est-il amené à évoluer ?

Ces constats liés au mauvais usage des médicaments se reflète-t-il dans le nombre d'hospitalisations ?

Comment entendez-vous renforcer la sensibilisation aux risques d'intoxication, notamment liés à la banalisation de certains médicaments comme le paracétamol ?

Une réflexion est-elle en cours pour mieux encadrer ou accompagner l'usage des outils d'intelligence artificielle en matière de santé, afin d'éviter des informations inexactes ou anxiogènes ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.

[30] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les allergies aux pollens" (56014470C)

[30] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Pollenallergie" (56014470C)

Monsieur le Ministre,

Avec le retour du printemps et l'apparition des pollens de bouleau, des milliers de Belges voient réapparaître des symptômes allergiques parfois lourds : rhinite, conjonctivite, asthme, voire altération importante de la qualité de vie.

Cette problématique est loin d'être marginale : près d'une personne sur dix en Belgique souffre d'allergies au pollen, et les spécialistes observent une progression constante. Celle-ci s'explique notamment par le changement climatique, qui allonge les saisons polliniques, augmente l'intensité des pollens et en renforce le pouvoir allergisant.

Face à cela, les traitements classiques (comme les antihistaminiques) soulagent les symptômes sans agir sur la cause. À l'inverse, l'immunothérapie allergénique, ou désensibilisation, constitue aujourd'hui la seule approche permettant un effet durable, en modifiant la réponse du système immunitaire.

Cependant, ce traitement reste contraignant : il s'étale sur plusieurs années, nécessite un suivi régulier et demeure inégalement accessible, tant en termes de remboursement que de proximité des centres spécialisés.

Dans ce contexte, je souhaiterais vous poser les questions suivantes :

Disposez-vous de données actualisées sur le recours à la désensibilisation en Belgique et sur les éventuelles inégalités d'accès, notamment territoriales ?

Comment évaluez-vous aujourd'hui le niveau de remboursement de ces traitements, en particulier pour les formes utilisées au long cours ?

Des améliorations du remboursement sont-elles envisagées, afin de lever les freins financiers pour les patients, notamment les plus jeunes ou les ménages à revenus modestes ?

Quelles mesures sont prises pour renforcer l'accessibilité de la désensibilisation sur le territoire, notamment face à la pénurie de spécialistes en allergologie ?

Enfin, une stratégie globale est-elle envisagée face à l'augmentation des allergies liées aux changements environnementaux, incluant à la fois prévention, diagnostic et traitement de fond comme l'immunothérapie ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

*Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.
La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.*

[31] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation d'antidépresseurs et l'usage de longue durée" (56014549C)

[31] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het (langdurige) gebruik van antidepressiva" (56014549C)

Monsieur le Ministre,

La Belgique figure parmi les pays les plus consommateurs d'antidépresseurs en Europe et au sein de l'OCDE. Une étude récente menée par la Mutualité chrétienne en collaboration avec l'UGent met en évidence une évolution particulièrement interpellante sur la période 2013-2023.

Alors que le nombre de nouveaux utilisateurs a diminué de moitié, la consommation globale continue pourtant d'augmenter fortement. Ce paradoxe s'explique principalement par un allongement préoccupant de la durée des traitements. Aujourd'hui, près d'un tiers des patients prennent des antidépresseurs pendant plus de 15 mois, alors même que les recommandations cliniques préconisent une réduction progressive après six à douze mois lorsque l'état du patient s'améliore.

L'étude pointe également un phénomène d'inertie thérapeutique, en particulier en médecine générale, où sont prescrits près de 80 % des antidépresseurs. Les patients suivis par un médecin généraliste sont davantage exposés à des traitements de longue durée, notamment en raison d'un suivi régulier mais peu réévalué.

Cette situation interroge à plusieurs titres : qualité du suivi, adéquation des prescriptions, mais aussi accès aux alternatives non médicamenteuses. Elle touche en outre davantage les publics vulnérables : femmes, personnes âgées, malades chroniques ou en incapacité de travail, ainsi que les bénéficiaires du statut BIM.

Monsieur le ministre,

Disposez-vous d'une analyse actualisée de l'évolution de la consommation d'antidépresseurs en Belgique, en particulier concernant la durée des traitements et les profils des patients concernés ?

Comment expliquez-vous cette augmentation de l'usage à long terme, en décalage avec les recommandations cliniques ?

Des initiatives sont-elles prévues pour lutter contre l'inertie thérapeutique, notamment via un renforcement de la formation des médecins généralistes ou une actualisation des recommandations de l'INAMI, qui datent pour certaines de 2006 ?

Comment comptez-vous renforcer l'accès aux alternatives aux traitements médicamenteux, en particulier les soins psychologiques de première ligne, afin de favoriser une prise en charge plus globale et multidisciplinaire de la santé mentale ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

*Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.
La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.*

[32] Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rôle à définir pour l'intelligence artificielle en santé en Belgique et en Europe" (56014581C)

[32] Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rol van artificiële intelligentie inzake gezondheid in België en in Europa" (56014581C)

Monsieur le Ministre,

Le 7 janvier dernier, la société OpenAI a lancé aux États-Unis un nouvel outil baptisé ChatGPT Health, destiné à fournir des conseils de santé personnalisés à partir de données médicales et d'applications de bien-être, avec l'ambition affichée de le déclinier ultérieurement en Europe.

Présenté comme un outil d'appui aux soins pour expliquer des résultats d'examens, préparer des consultations médicales ou accompagner des choix en matière de nutrition et d'activité physique ; cet outil soulève néanmoins des questions majeures en matière de protection des données de santé, de fiabilité des réponses produites par l'intelligence artificielle et de responsabilité médicale.

Plusieurs experts belges soulignent que ces technologies s'inscrivent dans un contexte de profonde évolution de la relation patient-médecin. Il est aujourd'hui plus difficile pour de nombreux patients d'entrer rapidement en contact avec leur médecin, une réalité très différente de celle connue par les générations précédentes. Dans ce contexte, il apparaît illusoire de penser que l'intelligence artificielle n'aura jamais de rôle à jouer dans notre système de santé.

Dès lors, la question centrale n'est plus de savoir si l'IA sera utilisée, mais quel rôle nous souhaitons lui confier. L'absence de stratégie claire comporte un risque réel : voir notre système de santé progressivement influencé ou régulé, par des acteurs non européens, avec à la clé une fuite de valeur, d'investissements et d'innovation hors de l'UE, au détriment de notre souveraineté sanitaire.

Dès lors, Monsieur le Ministre :

1. Quelles sont les avancées concrètes en Belgique en matière d'intégration encadrée de l'intelligence artificielle en santé, en particulier pour l'accompagnement des patients ?
2. Comment le Gouvernement entend-il définir les garde-fous nécessaires afin de garantir la sécurité des patients, la fiabilité médicale et la protection des données ?
3. Une réflexion stratégique et économique est-elle menée afin d'éviter une dépendance accrue à des solutions non européennes ?
4. Enfin, la Belgique entend-elle jouer un rôle moteur, au niveau européen, pour co-construire un modèle d'IA en santé fondé sur la confiance, l'éthique et l'intérêt général ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.

33 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La multiplication des injections esthétiques illégales" (56014479C)

33 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename van het aantal illegale esthetische injectiepraktijken" (56014479C)

Monsieur le ministre,

Les injections esthétiques illégales connaissent une inquiétante progression, y compris en Belgique. Des praticiens non qualifiés proposent, souvent via les réseaux sociaux, des injections de fillers ou de silicone, pourtant strictement encadrées, voire interdites.

Les conséquences peuvent être dramatiques : nécroses, infections graves, voire cécité. Selon la Société belge de médecine esthétique, les complications auraient été multipliées par dix entre 2024 et 2025. Sur le terrain, des chirurgiens témoignent d'une multiplication des interventions de "rattrapage", parfois complexes, avec des résultats incertains.

Cette situation pose une double question de santé publique.

D'une part, celle de la sécurité des patients face à des pratiques illégales en pleine expansion.

D'autre part, celle du financement : aujourd'hui, l'INAMI ne rembourse pas les actes esthétiques, mais certaines complications médicales, y compris lorsqu'elles résultent d'actes posés à l'étranger, peuvent, elles, être prises en charge. Nous nous retrouvons donc dans une situation paradoxale où des pratiques illégales peuvent générer des coûts pour la sécurité sociale.

Dès lors, Monsieur le ministre :

Disposez-vous de données précises sur l'ampleur de ce phénomène en Belgique et sur le coût des complications prises en charge par l'assurance maladie ?

Les missions de la Commission fédérale de contrôle ont récemment été alargies à la médecine esthétique. Quelles autres mesures entendez-vous prendre pour renforcer la lutte contre ces pratiques illégales ou clandestines ?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.