CRIV 56 **COM 414**

DE KAMER BE
LA CHAMBRE BE

**VOORLOPIGE VERSIE**

NIET CITEREN ZONDER BRONVERMELDING
De definitieve versie bevat ook het tweetalige beknopt verslag. De bijlagen zijn in een aparte brochure opgenomen.

**VERSION PROVISOIRE**

NE PAS CITER SANS MENTIONNER LA SOURCE
La version définitive comprend aussi le compte rendu analytique bilingue. Les annexes sont reprises dans une brochure séparée.

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

# INTEGRAAL VERSLAG

# COMPTE RENDU INTÉGRAL

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

**Dinsdag**

**07-07-2026**

**Namiddag**

**Mardi**

**07-07-2026**

**Après-midi**

| | |
|---|---|
| *De teksten werden nog niet door de sprekers nagezien. Zij kunnen hun correcties schriftelijk meedelen vóór* | *Les textes n'ont pas encore été révisés par les orateurs. Ceux-ci peuvent communiquer leurs corrections par écrit avant le* |
| *13-07-2026, om 16 uur* | *13-07-2026, à 16 heures* |
| *aan de Dienst Integraal Verslag.* | *au Service du Compte rendu intégral.* |
| *e-mail: CRIV@dekamer.be* | *e-mail: CRIV@lachambre.be* |

| | |
|---|---|
| *N-VA* | *Nieuw-Vlaamse Alliantie* |
| *VB* | *Vlaams Belang* |
| *MR* | *Mouvement Réformateur* |
| *PS* | *Parti Socialiste* |
| *PVDA-PTB* | *Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique* |
| *Les Engagés* | *Les Engagés* |
| *Vooruit* | *Vooruit* |
| *cd&v* | *Christen-Democratisch en Vlaams* |
| *Ecolo-Groen* | *Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen* |
| *Anders.* | *Anders.* |
| *DéFI* | *Démocrate Fédéraliste Indépendant* |
| *INDEP-ONAFH* | *Indépendant – Onafhankelijk* |

| *Afkortingen bij de nummering van de publicaties* : | | *Abréviations dans la numérotation des publications :* | |
|---|---|---|---|
| *DOC 56 0000/000* | *Parlementair stuk van de 56e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer* | *DOC 56 0000/000* | *Document parlementaire de la 56e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif* |
| *QRVA* | *Schriftelijke Vragen en Antwoorden* | *QRVA* | *Questions et Réponses écrites* |
| *CRIV* | *Voorlopige versie van het Integraal Verslag* | *CRIV* | *Version provisoire du Compte Rendu Intégral* |
| *CRABV* | *Beknopt Verslag* | *CRABV* | *Compte Rendu Analytique* |
| *CRIV* | *Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)* | *CRIV* | *Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)* |
| *PLEN* | *Plenum* | *PLEN* | *Séance plénière* |
| *COM* | *Commissievergadering* | *COM* | *Réunion de commission* |
| *MOT* | *Moties tot besluit van interpellaties (op beigekleurig papier)* | *MOT* | *Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)* |

*Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers*
*Bestellingen :*
*Natieplein 2*
*1008 Brussel*
*Tel. : 02/549 81 60*
*www.dekamer.be*
*e-mail : publicaties@dekamer.be*

*Publications officielles éditées par la Chambre des représentants*
*Commandes :*
*Place de la Nation 2*
*1008 Bruxelles*
*Tél. : 02/549 81 60*
*www.lachambre.be*
*e-mail : publications@lachambre.be*

INHOUD


Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vroegdiagnose van type 1-diabetes" (56015935C) 1

*Sprekers:* **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 3

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van de ziekte van Alzheimer en dementie" (56015940C) 3

- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De overheidsfinanciering van het onderzoek naar de ziekte van Alzheimer" (56017621C) 3

*Sprekers:* **Daniel Bacquelaine**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 4

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De transparantie van het FAGG in het donordossier" (56016009C) 4

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het FAGG en de openbaarheid van bestuur" (56016594C) 4

*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Els Van Hoof**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 7

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot abortus" (56016045C) 7

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het terugvorderen van terugbetalingen voor abortussen in geval van niet-naleving van de bedenktijd" (56016440C) 7

- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De effectieve toegang tot abortus" (56017557C) 7

*Sprekers:* **Caroline Désir**, **Sarah Schlitz**, voorzitster van de Ecolo-Groen-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en


SOMMAIRE


Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le diagnostic précoce du diabète de type 1" (56015935C) 1

*Orateurs:* **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 3

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des démences" (56015940C) 3

- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement public de la recherche sur la maladie d'Alzheimer" (56017621C) 3

*Orateurs:* **Daniel Bacquelaine**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 5

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La transparence de l'AFMPS dans le dossier des dons de sperme" (56016009C) 5

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'AFMPS et la publicité de l'administration" (56016594C) 5

*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Els Van Hoof**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 7

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès à l'IVG" (56016045C) 7

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La récupération des remboursements d'IVG en cas de non-respect du délai de réflexion" (56016440C) 7

- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès effectif à l'IVG" (56017557C) 7

*Orateurs:* **Caroline Désir**, **Sarah Schlitz**, présidente du groupe Ecolo-Groen, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et

minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken met betrekking tot het herstelplan en de tweede FIA-audit bij het FAGG" (56016234C) 10

*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement du plan de reprise et le second audit mené à l'AFMPS par le FAI" (56016234C) 10

*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 11

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De subsidies voor thuisverpleegkundigen" (56016254C) 11
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De administratieve werking van thuisverpleegkundigen" (56017393C) 11

*Sprekers:* **Kathleen Depoorter**, **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Questions jointes de 11

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les subsides dont bénéficient les infirmiers à domicile" (56016254C) 11
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le fonctionnement administratif des infirmiers à domicile" (56017393C) 11

*Orateurs:* **Kathleen Depoorter**, **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Trommelvliesbuisjes" (56016255C) 13

*Sprekers:* **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les aérateurs transtympaniques" (56016255C) 13

*Orateurs:* **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 14

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het advies van de RIZIV-experts over het remgeld" (56016267C) 14
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verhoging van het remgeld" (56016610C) 14
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het remgeld in de thuiszorg" (56016979C) 14
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verhogen van het remgeld" (56017011C) 14

*Sprekers:* **Kathleen Depoorter**, **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

Questions jointes de 14

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avis des experts de l'INAMI concernant le ticket modérateur" (56016267C) 14
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du ticket modérateur" (56016610C) 14
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le ticket modérateur pour les soins à domicile" (56016979C) 14
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du ticket modérateur" (56017011C) 14

*Orateurs:* **Kathleen Depoorter**, **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé

Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het sondevoedingsbeleid" (56016291C) 17

*Sprekers:* **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 18

- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De taskforce over agressie" (56016393C) 18
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De federale taskforce 'Preventie en aanpak van agressie tegen Zorgverleners'" (56016468C) 18
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanpak van agressie tegen hulpverleners en zorgverstrekkers" (56016983C) 18

*Sprekers:* **Jan Bertels**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 21

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van orthodontische zorg" (56016427C) 21
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De orthodontische behandelingen" (56016889C) 21
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aangekondigde hervorming van de orthodontische zorg voor kinderen" (56016957C) 21
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aangekondigde hervorming van de orthodontische zorg voor kinderen" (56017236C) 21

*Sprekers:* **Kathleen Depoorter**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 23

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De evaluatie van de 23

publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière d'alimentation par sonde" (56016291C) 17

*Orateurs:* **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 18

- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le groupe de travail dédié aux agressions" (56016393C) 18
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La task force fédérale "Prévention et lutte contre la violence à l'égard des prestataires de soins"" (56016468C) 18
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre les agressions visant les services de secours et les prestataires de soins" (56016983C) 18

*Orateurs:* **Jan Bertels**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 21

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de soins orthodontiques" (56016427C) 21
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les traitements orthodontiques" (56016889C) 21
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme annoncée des soins orthodontiques pour les enfants" (56016957C) 21
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'annonce de la réforme des soins orthodontiques pour enfants" (56017236C) 21

*Orateurs:* **Kathleen Depoorter**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 23

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évaluation des 23

uitsluitingscriteria voor bloeddonatie" (56016521C)

- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitsluitingscriteria voor bloeddonatie" (56017559C) 23

*Sprekers:* **Caroline Désir**, **Sarah Schlitz**, voorzitster van de Ecolo-Groen-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De geringe bekendheid van de HPV-vaccinatie bij de bevolking" (56016538C) 25

*Sprekers:* **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een zorgtraject voor epilepsiepatiënten" (56016566C) 26

*Sprekers:* **Sarah Schlitz**, voorzitster van de Ecolo-Groen-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Palliatieve zorg" (56016575C) 27

*Sprekers:* **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het TP53-donordossier" (56016576C) 28

*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De artsenlonen" (56016633C) 30

*Sprekers:* **Sofie Merckx**, voorzitster van de PVDA-PTB-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met

critères d'exclusion liés au don de sang" (56016521C)

- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les critères d'exclusion du don de sang" (56017559C) 23

*Orateurs:* **Caroline Désir**, **Sarah Schlitz**, présidente du groupe Ecolo-Groen, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le manque de visibilité de la vaccination HPV dans la population" (56016538C) 25

*Orateurs:* **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mise en place d'un trajet de soins pour les personnes souffrant d'épilepsie" (56016566C) 26

*Orateurs:* **Sarah Schlitz**, présidente du groupe Ecolo-Groen, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins palliatifs" (56016575C) 27

*Orateurs:* **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le dossier relatif à un donneur porteur d'une anomalie TP53" (56016576C) 28

*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les honoraires des médecins" (56016633C) 30

*Orateurs:* **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la

Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 31
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ebolavirus" (56016642C) 31
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ebola" (56016885C) 31
- Britt Huybrechts aan Jean-Luc Crucke (Mobiliteit, Klimaat, Ecologische Transitie en Duurzame Ontwikkeling) over "De ebolascreening op de luchthaven" (56016911C) 31
- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidsprotocollen tegen het ebolavirus" (56016954C) 31

*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Katleen Bury**, **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De representativiteit van het RIZIV-proefproject rond de financiering van de thuisverpleging" (56016655C) 35

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overleg met de voedingssector" (56016659C) 36

*Sprekers:* **Katleen Bury**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gedeeltelijke uitvoering van het interfederale eGezondheidsplan" (56016703C) 38

*Sprekers:* **Katleen Bury**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De wetenschappelijke evaluatie van de conventie voor eerstelijns psychologische zorg" (56016748C) 39

Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 31
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le virus Ebola" (56016642C) 31
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Ebola" (56016885C) 31
- Britt Huybrechts à Jean-Luc Crucke (Mobilité, Climat, Transition environnementale et Développement durable) sur "Le dépistage d'Ebola à l'aéroport" (56016911C) 31
- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les protocoles sanitaires en vigueur contre le virus Ebola" (56016954C) 31

*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Katleen Bury**, **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La représentativité du projet pilote de l'INAMI sur le financement des soins infirmiers à domicile" (56016655C) 35

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La concertation avec le secteur alimentaire" (56016659C) 36

*Orateurs:* **Katleen Bury**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réalisation partielle du plan d'action interfédéral eSanté" (56016703C) 38

*Orateurs:* **Katleen Bury**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évaluation scientifique de la convention relative aux soins psychologiques de première ligne" (56016748C) 39

*Sprekers:* **Jeroen Van Lysebettens**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

*Orateurs:* **Jeroen Van Lysebettens**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De voorkeur van ziekenfondsen voor coaching boven erkende geestelijke gezondheidszorg" (56016774C) 41

*Sprekers:* **Isabelle Hansez**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La préférence des mutualités pour le coaching au détriment des professionnels de la santé mentale" (56016774C) 41

*Orateurs:* **Isabelle Hansez**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het beleid voor meer herbruikbaar medisch materiaal in ziekenhuizen" (56016796C) 42

*Sprekers:* **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique d'utilisation accrue de matériel médical réutilisable dans les hôpitaux" (56016796C) 42

*Orateurs:* **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De inhaalbedragen van de ziekenhuizen" (56016800C) 44

*Sprekers:* **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les montants de rattrapage des hôpitaux" (56016800C) 44

*Orateurs:* **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De facturatie van verstrekkingen van mondhygiënisten" (56016809C) 45

*Sprekers:* **Daniel Bacquelaine**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La facturation des actes des hygiénistes bucco-dentaires" (56016809C) 45

*Orateurs:* **Daniel Bacquelaine**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De prikklok in de thuisverpleging" (56016820C) 46

*Sprekers:* **Daniel Bacquelaine**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le pointage obligatoire dans les soins infirmiers à domicile" (56016820C) 46

*Orateurs:* **Daniel Bacquelaine**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, 48

Question de Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé 48

Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "AI voor psychologische steun" (56016841C)

*Sprekers:* **Isabelle Hansez**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'intelligence artificielle et le soutien psychologique" (56016841C)

*Orateurs:* **Isabelle Hansez**, **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 49

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het fraudebestrijdingsplan van het RIZIV" (56016890C) 49

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verplichte e-ID-inlezing door thuisverpleegkundigen vanaf 1 januari 2027" (56016982C) 49

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Questions jointes de 49

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan de lutte contre la fraude de l'INAMI" (56016890C) 49

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'obligation pour les infirmiers à domicile de vérifier l'eID à partir du 1er janvier 2027" (56016982C) 49

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (algemene beleidsopvolging)" (56016895C) 51

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (suivi de la politique générale)" (56016895C) 51

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (AI en mentale gezondheid)" (56016896C) 52

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (IA et santé mentale)" (56016896C) 52

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (jongeren, schermtijd en eenzaamheid)" (56016897C) 53

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (jeunes, temps d'écran et solitude)" (56016897C) 53

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (werkgerelateerde stress en ziekteverzuim)" (56016898C) 54

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (stress lié au travail et absentéisme pour maladie)" (56016898C) 54

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (bewustwording en het uitblijven van hulp zoeken)" (56016899C) 55

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (prise de conscience et non-demande d'aide)" (56016899C) 55

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (toegang tot geestelijke gezondheidszorg)" (56016900C) 56

*Sprekers:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (accès aux soins de santé mentale)" (56016900C) 56

*Orateurs:* **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitfasering van trifluorazijnzuur (TFA)" (56016967C) 57

*Sprekers:* **Jeroen Van Lysebettens**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'abandon progressif de l'acide trifluoroacétique (TFA)" (56016967C) 57

*Orateurs:* **Jeroen Van Lysebettens**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van hart- en vaatziekten" (56016994C) 58

*Sprekers:* **Caroline Désir**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge des maladies cardiovasculaires" (56016994C) 58

*Orateurs:* **Caroline Désir**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De herhaalde overschrijdingen van de zesvrouwenregel bij fertiliteitscentra" (56017095C) 59

*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les transgressions répétées de la règle des six femmes par les centres de fertilité" (56017095C) 59

*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, 61

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de 61

Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De European Sperm Bank" (56017096C)
*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

la Lutte contre la pauvreté) sur "L'European Sperm Bank" (56017096C)
*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Ridouane Chahid aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de gezondheidseffecten van vliegtuiglawaai" (56017177C) 62
*Sprekers:* **Ridouane Chahid**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Ridouane Chahid à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avis du Conseil Supérieur de la Santé concernant l'impact sur la santé du bruit des avions" (56017177C) 62
*Orateurs:* **Ridouane Chahid**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 63
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van pneumokokken- en meningokokkenvaccins" (56017179C) 63
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De pneumokokkenvaccinatie" (56017237C) 63
*Sprekers:* **Caroline Désir**, **Katleen Bury**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Questions jointes de 63
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des vaccins contre le pneumocoque et le méningocoque" (56017179C) 63
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vaccination contre les pneumocoques" (56017237C) 63
*Orateurs:* **Caroline Désir**, **Katleen Bury**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De communicatie rond de onderhoudsprocedures van IFIC" (56017184C) 65
*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La communication concernant les procédures d'entretien de l'IFIC" (56017184C) 65
*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van obesitasbehandelingen" (56017185C) 66
*Sprekers:* **Caroline Désir**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des traitements contre l'obésité" (56017185C) 66
*Orateurs:* **Caroline Désir**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 67
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidskloof" (56017192C) 67
- Jeroen Van Lysebettens aan Frank 67

Questions jointes de 67
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fracture sanitaire" (56017192C) 67
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke 68

Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Armoede en de toegang tot gezondheidszorg" (56017253C)

(VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pauvreté et l'accès aux soins de santé" (56017253C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De CM-studie over de zorgongelijkheid (algemeen)" (56017255C) 67

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude de la MC sur les inégalités dans l'accès aux soins de santé (général)" (56017255C) 68

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De CM-studie over de zorgongelijkheid (out-of-pocketkosten en beschermingsmechanismen)" (56017257C) 67

*Sprekers:* **Jan Bertels**, **Jeroen Van Lysebettens**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude de la MC sur les inégalités de santé (coûts à charge du patient et mécanismes de protection)" (56017257C) 68

*Orateurs:* **Jan Bertels**, **Jeroen Van Lysebettens**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 71

Questions jointes de 71

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De weigering van de terugbetaling van sotatercept voor PAH-patiënten" (56017229C) 71

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le refus de remboursement du sotatercept pour les patients HTAP" (56017229C) 71

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van sotatercept, een geneesmiddel tegen pulmonale arteriële hypertensie" (56017370C) 71

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement du sotatercept, médicament contre l'hypertension artérielle pulmonaire" (56017370C) 71

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van sotatercept" (56017401C) 71

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement du sotatercept" (56017401C) 71

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Sotatercept" (56017671C) 71

*Sprekers:* **Caroline Désir**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le sotatercept" (56017671C) 71

*Orateurs:* **Caroline Désir**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De herkomst van eicellen" (56017245C) 73

*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'origine des ovocytes" (56017245C) 73

*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De begeleiding bij prenatale screening" (56017384C) 74

*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accompagnement lors du dépistage prénatal" (56017384C) 74

*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De inzet van mondhygiënisten en de opvolging van de interfederale werkgroep Preventie" (56017480C) 75
*Spreker:* **Frieda Gijbels**

Samengevoegde vragen van 76
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuisfinanciering" (56017724C) 76
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuisfinanciering" (56017726C) 76
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De afdrachten in het kader van de ziekenhuisfinanciering" (56017756C) 76
*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 77
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De urgente hulpverlening en het nummer 1733" (56017758C) 77
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mogelijke overheveling van het noodnummer 1733 naar Volksgezondheid" (56017782C) 78
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nood- en zorgcentrales" (56017794C) 78
*Sprekers:* **Frieda Gijbels**, **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

SCHRIFTELIJK BEHANDELDE MONDELINGE VRAGEN 80

Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Tankstationshops die verkapte drankwinkels zijn" (56016382C) 81

Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het groeiende tekort aan huisartsen in Henegouwen" (56016385C) 81

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le recours aux hygiénistes buccodentaires et le suivi du groupe de travail interfédéral Prévention" (56017480C) 75
*Orateur:* **Frieda Gijbels**

Questions jointes de 76
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des hôpitaux" (56017724C) 76
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des hôpitaux" (56017726C) 76
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les rétrocessions dans le cadre du financement des hôpitaux" (56017756C) 76
*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 78
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'aide urgente et le numéro 1733" (56017758C) 78
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La possibilité d'un transfert du numéro 1733 vers la Santé publique" (56017782C) 78
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les centrales d'urgence et de soins" (56017794C) 78
*Orateurs:* **Frieda Gijbels**, **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

QUESTIONS ORALES TRAITÉES PAR ÉCRIT 80

Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les magasins de stations-services ou débits de boissons déguisés" (56016382C) 81

Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie croissante de médecins généralistes dans le Hainaut" (56016385C) 81

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De reizende tentoonstelling van de Scientologykerk over de psychiatrie" (56016394C) | 83 | Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'exposition itinérante dédiée à la psychiatrie organisée par l'Église de Scientology" (56016394C) | 82 |
| Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De difterie-uitbraak" (56016465C) | 83 | Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le foyer de diphtérie" (56016465C) | 83 |
| Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle op zonnecrème" (56016467C) | 84 | Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle des crèmes solaires" (56016467C) | 84 |
| Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hartimplantaten van Biotronik" (56016474C) | 86 | Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les implants cardiaques de Biotronik" (56016474C) | 86 |
| Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De P-waarden in de tandheelkunde" (56016475C) | 87 | Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les valeurs P en dentisterie" (56016475C) | 87 |
| Vraag van Patrick Prévot aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "De stigmatisering van sekswerkers" (56016996C) | 88 | Question de Patrick Prévot à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "La stigmatisation des travailleurs du sexe" (56016996C) | 88 |
| Vraag van Eva Demesmaeker aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De referentiefiches voor artsen" (56017009C) | 88 | Question de Eva Demesmaeker à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les fiches de référence pour les médecins" (56017009C) | 88 |
| Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De niet-terugbetaling door het RIZIV van het obesitasgeneesmiddel Wegovy" (56017055C) | 90 | Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le non-remboursement du médicament contre l'obésité Wegovy par l'INAMI" (56017055C) | 90 |
| Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De federale subsidies voor de vzw Belplant" (56017178C) | 91 | Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les subsides fédéraux accordés à l'ASBL Belplant" (56017178C) | 91 |
| Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nieuwe campagne over hormoonverstoorders" (56017239C) | 92 | Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nouvelle campagne sur les perturbateurs endocriniens" (56017239C) | 92 |
| Vraag van Funda Oru aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "Menstruatieproducten" (56017248C) | 94 | Question de Funda Oru à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "Les produits menstruels" (56017248C) | 94 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Nutri-Score" (56017288C) | 95 | Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Nutri-Score" (56017288C) | 95 |
| Vraag van Maaike De Vreese aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning en de structurele financiering van de mughelikopter in Brugge" (56017300C) | 96 | Question de Maaike De Vreese à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'agrément et le financement structurel de l'hélicoptère du SMUR à Bruges" (56017300C) | 96 |
| Vraag van Mathieu Michel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van consulten bij een klinisch seksuoloog en de harmonisering van de criteria" (56017380C) | 97 | Question de Mathieu Michel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des consultations de sexologie clinique et l'harmonisation des critères" (56017380C) | 97 |
| Samengevoegde vragen van | 98 | Questions jointes de | 97 |
| - François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ruimere terugbetaling door het RIZIV v.d. genetische test voor erfelijke borst- en eierstokkanker" (56017408C) | 98 | - François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'élargissement du remboursement INAMI du test génétique pour cancer héréditaire (sein/ovaire)" (56017408C) | 97 |
| - François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot genetische testen voor kankerscreening" (56017669C) | 98 | - François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité des tests génétiques de dépistage du cancer" (56017669C) | 97 |
| Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De milieuschade door chemische uv-filters in zonnebrandcrèmes" (56017419C) | 99 | Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les dommages environnementaux dus aux filtres UV chimiques dans les crèmes solaires" (56017419C) | 99 |
| Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het antibioticabeleid bij (gezelschaps)dieren" (56017560C) | 100 | Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière d'antibiotiques pour les animaux (de compagnie)" (56017560C) | 100 |
| Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vermindering van het zorgaanbod in 39 ziekenhuiscampussen" (56017578C) | 101 | Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réduction de l'offre de soins dans 39 structures hospitalières" (56017578C) | 101 |
| Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het federale plan om kankers in kaart te brengen" (56017583C) | 102 | Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le projet fédéral de cartographie des cancers" (56017583C) | 102 |
| Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De prijs voor een consult in het kader van de hervorming van de gezondheidszorg" (56017584C) | 103 | Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le prix de la consultation médicale dans le cadre de la réforme des soins de santé" (56017584C) | 103 |
| Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) | 103 | Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur | 103 |

over "De impact van airconditioning op de volksgezondheid in België" (56017607C)

"La climatisation et ses impacts sur la santé publique en Belgique" (56017607C)

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Mucoviscidose" (56017665C) 105

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mucoviscidose" (56017665C) 105

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Methylmalonacidurie" (56017667C) 106

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La methylmalonacidurie" (56017667C) 106

Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het KCE-rapport over de behandeling van personen met het chronischevermoeidheidssyndroom" (56017672C) 107

Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport du KCE concernant la prise en charge des patients souffrant de fatigue chronique" (56017672C) 107

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De genetische onderzoeken" (56017735C) 108

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les analyses génétiques" (56017735C) 108

Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Private-equityspelers in de radiologiesector" (56017767C) 109

Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'émergence du private equity dans le secteur de la radiologie" (56017767C) 109

# Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 7 JULI 2026

Namiddag

_____

# Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 7 JUILLET 2026

Après-midi

_____

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.07 uur en voorgezeten door de heer Jan Bertels.
La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 07 et présidée par M. Jan Bertels.

*De teksten die cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.*
*Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.*

**01 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vroegdiagnose van type 1-diabetes" (56015935C)**
**01 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le diagnostic précoce du diabète de type 1" (56015935C)**

01.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

*Vroegdiagnose van type 1-diabetes kan een belangrijke gezondheidswinst opleveren. Vandaag wordt de diagnose nog vaak pas gesteld wanneer patiënten reeds symptomatisch zijn of zelfs in diabetische ketoacidose verkeren. Nochtans bestaan er mogelijkheden om via gerichte screening hoogrisicogroepen vroeger op te sporen.*

*Het gaat daarbij voornamelijk om familieleden van patiënten met type 1-diabetes, bij wie de incidentie van de aandoening significant hoger ligt dan in de algemene bevolking. Een eerste laagdrempelige screening zou kunnen gebeuren via een eenvoudige vingerprik en een ELISA-test in de huisartsenpraktijk of, mits aanpassing van de WUG-wetgeving, eventueel ook via de huisapotheker.*

*De kostprijs van dergelijke eerste screening wordt geraamd op ongeveer 25 euro. Wanneer deze eerste test positief blijkt, dient verdere bevestigingsdiagnostiek te volgen via bepaling van meerdere eilandjesautoantistoffen op een capillair bloedstaal. Vandaag zijn deze testen evenwel niet terugbetaald.*

*De gedeeltelijk terugbetaalde bepalingen van GAD-antistoffen en insulineautoantistoffen blijken onvoldoende sensitief om een vroegtijdige diagnose met voldoende nauwkeurigheid te stellen. Meer uitgebreide panels van drie of vier eilandjesautoantistoffen zouden een veel betrouwbaardere vroegdiagnostiek mogelijk maken.*

*Er werd reeds advies gevraagd aan de bevoegde commissie.*

*Daarom heb ik volgende vragen:*

*Heeft de minister reeds het advies van de commissie ontvangen? Zo ja, wat zijn de voornaamste conclusies?*
*Is er bereidheid om een proefproject op te starten rond gerichte screening naar type 1-diabetes bij hoogrisicogroepen?*

*Erkent de minister het belang van vroegdiagnose om ernstige complicaties zoals diabetische ketoacidose te vermijden?*

*Is de minister bereid de WUG-wetgeving aan te passen zodat huisapothekers kunnen worden ingezet voor een eerste screening via vingerprik en ELISA-test? Tegen wanneer verwacht de minister met een voorstel tot wijziging van de WUG-wetgeving naar de Kamer te kunnen komen?*

*Is de minister bereid een nomenclatuur uit te*

*werken voor:*
*de uitvoering van de ELISA-test en de vingerprik in eerste lijn;*
*de meer uitgebreide en nauwkeurige bevestigingstesten na een positieve eerste screening?*

*Is de minister bereid werk te maken van een structureel en gericht screeningsbeleid voor vroegdetectie van type 1-diabetes bij hoogrisicogroepen?*

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het is een interessante vraag, waarop ik geen eenvoudig antwoord heb. Ik erken ten volle dat het belangrijk is om type 1-diabetes tijdig te diagnosticeren. We moeten zeker vermijden dat die aandoening pas aan het licht komt naar aanleiding van een of andere ernstige acute complicatie.

Daarbij moet goed worden bepaald voor welke doelgroep welk type testen, zowel eenvoudige testen als meer uitgebreide panels, aangewezen zijn. We moeten ook goed de diagnostische performantie van die testen identificeren, met inbegrip van de sensitiviteit en de specificiteit. We moeten inzicht hebben in de meerwaarde die ze bieden ten opzichte van de bestaande diagnostische praktijk en in de manier waarop de bevestigingsdiagnostiek en de verdere opvolging worden ingebed in de zorg.

De Technische Geneeskundige Raad heeft de voorbije jaren geen advies uitgebracht of terugbetalingsaanvraag ontvangen over die testen. Elk voorstel tot gerichte terugbetaling van bepaalde testen voor welbepaalde hoogrisicogroepen kan via de TGR worden ingediend. Zo'n voorstel zal worden geanalyseerd op basis van de wetenschappelijke evidentie, de geldende richtlijnen, de klinische meerwaarde en de kosteneffectiviteit.

Als een teststrategie voldoende onderbouwd blijkt, dus als het antwoord op de voorgaande vragen positief is, moet vervolgens worden bekeken hoe zo'n teststrategie veilig en kwaliteitsvol kan worden ingebed, in eerste instantie binnen de huisartsenpraktijk of binnen een medisch zorgpad. Dan gaat het over kwaliteitsbewaking, maar ook over opleiding, correcte registratie, traceerbaarheid, bevestigingsdiagnostiek en opvolging. Alles wat als medische praktijk daarbij komt kijken, is even belangrijk als de technische uitvoering van de test. Dat is de reden waarom ik toch enigszins voorzichtig antwoord op de suggestie om daar meteen ook de apotheker bij te betrekken.

Ik denk dat we eerst de vragen die ik heb opgesomd moeten bekijken wanneer zo'n voorstel wordt ingediend. Vervolgens kunnen we ons afvragen of ook de terbeschikkingstelling van de test via de huisapotheker een rol kan spelen. U weet dat ik zulke debatten interessant vind, maar ik vraag mij hier wel af of, wanneer we nadenken over taakafbakening en we bepaalde taken toevertrouwen aan bijvoorbeeld de apotheker, het dan louter gaat om een technische prestatie, zoals het uitvoeren van die test, dan wel om veel meer dan dat. Dat maakt het volgens mij niet zo eenvoudig.

01.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. U bent ook vaak aanwezig op de symposia van het Diabetesforum, waar die problematiek wordt besproken en ook wetenschappelijk wordt onderbouwd. Ik ben pleitbezorger om dat dieper te onderzoeken. U zegt dat de Technische Geneeskundige Raad nog geen voorstellen heeft ontvangen. Ik zal dat zeker aan het Diabetesforum doorgeven.

Ik denk echter dat u als minister van Volksgezondheid ook initiatieven kunt nemen. U zegt dat het nog wat voorbarig is om de huisapotheker hierbij te betrekken. Uiteraard gaat het om de ELISA-test, om de vingerprik als eerste screening, en om de doorverwijsfunctie van de apotheker. De apothekers kennen heel vaak de familiale voorgeschiedenis. We kennen de codes van de geneesmiddelen die familiaal worden genomen. Als dat goed wordt afgeleid, ben ik er zeker van dat dat een meerwaarde kan zijn. We hebben bovendien in het regeerakkoord opgenomen dat we de glycemiebepaling door de apotheker en de aanpassing van de WUG-wet zouden onderzoeken en daarvoor zouden pleiten. In dat kader zou het absoluut goed zijn om de huisapothekers te betrekken bij een gerichte, goed afgebakende screening via de vingerprik.

Voor de capillaire bloedstaaltest is het echt noodzakelijk dat we gericht bekijken hoe we huisartsen nog meer kunnen sensibiliseren om uitgebreidere tests uit te voeren, waarbij drie of vier eilandjes van autoantistoffen worden bepaald. We moeten die betrouwbaardere tests terugbetalen, zodat mensen niet laattijdig worden gediagnosticeerd. U weet ook dat een laattijdige diagnose van diabetes heel veel nadelige gevolgen heeft, zelfs voor de staatskas.

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

**02 Questions jointes de**
**- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge de la maladie d'Alzheimer et des démences" (56015940C)**
**- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement public de la recherche sur la maladie d'Alzheimer" (56017621C)**
**02 Samengevoegde vragen van**
**- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van de ziekte van Alzheimer en dementie" (56015940C)**
**- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De overheidsfinanciering van het onderzoek naar de ziekte van Alzheimer" (56017621C)**

02.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, je renvoie au texte écrit de ma question.

*En Belgique, 220 000 personnes vivent avec la démence, dont 70 % avec la maladie d'Alzheimer, un chiffre qui pourrait doubler d'ici 2050. Dans ce contexte, les développements médicaux récents, dont les premières thérapies approuvées par l'EMA, représentent une avancée significative. Ces traitements ciblent les stades précoces de la maladie et concernent souvent des patients qui mènent encore une vie très active, ce qui confère à cet enjeu une dimension économique et sociale considérable.*

*L'efficacité de ces traitements suppose toutefois un diagnostic précoce et fiable. Or, le délai moyen entre les premiers symptômes et le diagnostic atteint aujourd'hui 3,6 ans en Belgique.*

*Sur le plan politique, la situation est très inégale: la Flandre dispose d'un plan démence actif ; la Wallonie n'a pas encore de cadre spécifique. Dans votre note de politique générale de 2025, vous vous êtes engagé à développer un modèle de soins intégrés ciblant explicitement les maladies neurodégénératives. À ce jour, nous n'avons pas connaissance d'avancées concrètes dans la mise en œuvre de cet engagement.*

*Dans ce contexte, je pose les questions suivantes:*

*1. Où en est la mise en œuvre du modèle de soins intégrés pour les maladies neurodégénératives annoncé dans la note de politique générale 2025?*

*2. Quelles mesures concrètes sont envisagées pour réduire le délai du diagnostic de 3,6 ans, notamment via le renforcement des infrastructures (memory clinics, PET-scan amyloïde, biomarqueurs)?*

*3. L'INAMI a-t-il été saisi d'une procédure de remboursement pour les thérapies modificatrices approuvées par l'EMA? Partagez-vous la préoccupation d'une médecine à deux vitesses en l'absence de remboursement?*

*4. Le gouvernement fédéral envisage-t-il de prendre l'initiative d'un plan national de lutte contre la démence, en concertation avec les entités fédérées, pour garantir une approche cohérente sur l'ensemble du territoire?*

02.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Bacquelaine, nous sommes conscients de l'augmentation du nombre de personnes atteintes de démence dans notre pays et de la nécessité d'y apporter une réponse. Bien qu'il n'existe actuellement pas de plan clairement délimité au niveau fédéral concernant les maladies neurodégénératives, des travaux sont en cours afin d'améliorer et de pérenniser les initiatives existantes visant les soins et le soutien aux personnes atteintes de démence ou de démence débutante, telles que les cliniques de la mémoire.

Par ailleurs, certaines initiatives s'adressent plus largement aux personnes atteintes de différentes maladies neurodégénératives, comme le *case management* organisé par plusieurs associations de patients (Parkinson, Huntington, sclérose en plaques, ALS, etc.) et les projets dits "Protocole 3", dans le cadre desquels des formes de soins alternatifs telles que l'ergothérapie, le *case management* et le soutien psychologique individuel ou en groupe sont appliquées, notamment pour les personnes âgées et vulnérables, les personnes atteintes de maladies neurodégénératives et leurs aidants proches.

Les personnes atteintes de démence ou de démence précoce occuperont une place importante dans le programme interfédéral pour les personnes vulnérables. Les initiatives politiques mentionnées ci-dessus pourront en faire partie, complétées par celles qui relèvent des entités fédérées. Les travaux préparatoires sont en cours, notamment via la négociation d'un accord de collaboration et la mise en place d'un programme de soins intégrés pour les personnes vulnérables

adapté aux besoins spécifiques de chaque entité.

L'INAMI a reçu deux demandes de remboursement pour des spécialités pharmaceutiques destinées au traitement de la maladie d'Alzheimer. J'imagine, monsieur Bacquelaine, que c'est entre autres cela qui vous inquiète ou qui suscite chez vous des questions. Pour l'un des deux dossiers, la procédure est encore en cours. Pour l'autre, le Leqembi, la Commission de Remboursement des Médicaments (CRM) a présenté un avis négatif quant au remboursement. Après un examen approfondi, j'ai décidé de suivre cet avis. Vous pouvez imaginer, monsieur Bacquelaine, que je n'ai pas pris cette décision à la légère. On s'imagine la souffrance et les inquiétudes des patients et de leur famille. Ce n'était donc pas une décision facile. J'ai toutefois décidé de suivre l'avis de la CRM. Cette décision ne remet, bien sûr, pas le moins du monde en cause le terrible impact terrible de la maladie d'Alzheimer, mais elle repose sur le constat que l'effet thérapeutique de ce traitement apparaît très limité, au point que l'atteinte du seuil de pertinence clinique reste elle-même discutable.

À cela s'ajoute une charge thérapeutique lourde, avec des perfusions à l'hôpital toutes les deux semaines, ainsi qu'un risque d'effets indésirables potentiellement élevé. Pendant une longue période, le traitement pèse donc fortement sur la vie quotidienne du patient, alors que l'évolution clinique de la maladie n'est que très peu modifiée.

Le tout s'accompagne, en outre, d'un coût élevé pour la société. Si je peux m'exprimer ainsi en conclusion, sans vouloir créer de malentendu, je dirais que, dans ces conditions, le risque d'une médecine à deux vitesses n'est pas vraiment présent. Même les personnes qui choisiraient de supporter elles-mêmes le coût considérable du traitement, près de 26 000 euros par an, ne seraient peut-être pas dans une situation sensiblement plus favorable que celles qui ne peuvent pas se le permettre. Il y a donc une véritable interrogation quant à la valeur ajoutée thérapeutique. J'ai suivi l'avis de la commission en la matière, tout en étant conscient qu'il s'agit de questions extrêmement délicates et difficiles pour les patients et leurs familles.

En ce qui concerne le financement public de la recherche, l'autorité fédérale ne dispose pas d'une vue d'ensemble intégrée des moyens consacrés à cette recherche en Belgique. Je crois que le financement est assuré par différents canaux et niveaux de compétence, tels que les universités, les communautés, etc. Bien entendu, il s'agit aussi d'un point important.

02.03 **Daniel Bacquelaine** (MR): Merci, monsieur le ministre. Pour ma part, je considère que tout ce qui concerne les démences et les pathologies neurodégénératives doit susciter notre intérêt et constituer une priorité aujourd'hui. Nous savons qu'il y a près de 200 000 cas actuellement en Belgique et que ce nombre devrait atteindre 300 000 dans les quinze années à venir. C'est donc un véritable phénomène de société.

Je comprends bien que les questions de remboursement des médicaments doivent être traitées avec beaucoup de rigueur, d'autant plus que les coûts sont très élevés. Cela dit, je pense qu'il faudra aussi examiner ce qui se fait dans les pays limitrophes, et plus largement en Europe, puisque ces médicaments ont été approuvés par l'Agence européenne des médicaments. Nous devons donc être attentifs à ce qui se passe aujourd'hui dans les autres pays européens à ce sujet.

Le deuxième enjeu est celui de la rapidité du diagnostic, qui devrait également être améliorée. Nous avons donc besoin de renforcer certaines infrastructures et de recourir davantage au PET-scan, notamment pour faciliter un diagnostic plus précoce.

Enfin, je rappelle que nous devons normalement établir un plan national de lutte contre la démence. Je pense qu'il faudra le faire prochainement.

En conclusion, je rappelle l'importance de réussir l'extension de la loi sur l'euthanasie en la matière. Il s'agit d'une question qui n'est pas directement en rapport avec celle qui nous occupe aujourd'hui. Toutefois, comme nous avons eu des auditions ce matin, notamment à ce sujet, je tiens à en rappeler l'importance et la nécessité de ne pas nous laisser gouverner par ceux qui sont extrêmement frileux à l'égard de cette liberté fondamentale qu'est l'autodétermination des patients.

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

**03 Samengevoegde vragen van**
**- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De transparantie van het FAGG in het donordossier" (56016009C)**
**- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het FAGG en de openbaarheid van bestuur" (56016594C)**

**03 Questions jointes de**
**- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La transparence de l'AFMPS dans le dossier des dons de sperme" (56016009C)**
**- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'AFMPS et la publicité de l'administration" (56016594C)**

03.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Het recente donorschandaal heeft een maatschappelijk debat doen losbarsten en ook vragen doen rijzen over de werking van fertiliteitscentra, meer bepaald over het toezicht daarop, de traceerbaarheid van donormateriaal, maar ook over de transparantie binnen de fertiliteitszorg. Als het om zulke gevoelige dossiers gaat, is het belangrijk dat op een correcte manier wordt omgegaan met de vragen die leven bij burgers en parlementsleden en dat de regelgeving inzake openbaarheid van bestuur correct wordt toegepast, ook om het vertrouwen in de overheid te vrijwaren.

Er bereiken ons signalen dat verzoeken tot openbaarheid van bestuur die aan het FAGG worden gericht, laattijdig of zelfs helemaal niet worden behandeld, ook wanneer de verzoeker expliciet vraagt om ten minste gedeeltelijke openbaarheid toe te passen als volledige openbaarmaking niet mogelijk is. Er zijn ook vragen over de uitvoering van beslissingen van de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten (CTB), die door het FAGG niet zouden worden nageleefd. Ik heb dan ook een aantal concrete vragen voor u, mijnheer de minister.

Hoe verklaart u dat verzoeken tot openbaarheid van bestuur in fertiliteitsdossiers in redelijk veel gevallen onbeantwoord blijven nadat de wettelijke antwoordtermijnen zijn verstreken?

Bestaan er binnen het FAGG specifieke richtlijnen, standaardprocedures of juridische toetsingskaders voor de behandeling van verzoeken tot openbaarheid van bestuur? Werden die aangepast sinds het donorschandaal en acht u dat wenselijk?

Hoe wordt binnen het FAGG toegezien op de naleving van de regelgeving inzake openbaarheid van bestuur, met name de wettelijke antwoordtermijnen, de correcte toepassing van uitzonderingsgronden en de uitvoering van beslissingen van het CTB?

Er bereiken ons signalen dat beslissingen van het CTB in bepaalde dossiers niet of slechts gedeeltelijk worden uitgevoerd. Bent u daarvan ook op de hoogte? In hoeveel dossiers werd een beslissing van het CTB volledig of gedeeltelijk niet uitgevoerd? Acht u dat verenigbaar met de verplichtingen inzake openbaarheid van bestuur? Welke sancties of corrigerende maatregelen worden desgevallend toegepast wanneer een federale instantie een beslissing van het CTB niet naleeft?

Tot slot, welke concrete stappen zult u zetten om de transparantie binnen het FAGG te versterken, de rechtszekerheid voor verzoekers te verbeteren en de naleving van de termijnen en van de beslissingen van het CTB beter te waarborgen?

03.02 **Els Van Hoof** (cd&v): Ik heb een gelijkaardige vraag. In het kader van een betrouwbare overheid is transparantie van bepaalde bestuurlijke documenten belangrijk. Een vraag om inzage, uitleg of mededeling in afschrift van een bestuursdocument is mogelijk voor burgers, tenzij de administratieve instantie, zoals de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten (CTB), oordeelt dat bepaalde specifieke bepalingen, zoals de veiligheid van de bevolking of de fundamentele rechten en vrijheden van bestuurders, in het gedrang komen.

Op 23 november heeft de vzw Donorkinderen bij monde van haar voorzitter een vraag gericht aan het FAGG over bepaalde meldingen van verschillende incidenten bij het FAGG. Het gaat over vermeende strafrechtelijke feiten bij fertiliteitscentra. Zij geeft ook aan dat zij daarover verhoord is geweest en wilde een stand van zaken kennen. Waartoe heeft dat geleid? Wat is daarmee gedaan door het FAGG? Werd er een pv opgemaakt?

De vraag had geen betrekking op de inhoud van het dossier, maar op administratieve informatie en procedurele elementen. Men vroeg geen inzage in een strafdossier of strafrechtelijke stukken. Het ging dus wel degelijk om bestuurlijke vragen. Hoewel de CTB toestemming gaf, werd het verzoek geweigerd door het FAGG. De commissie oordeelde in het voordeel van de voorzitter van de vzw Donorkinderen en adviseerde het FAGG om de gevraagde informatie aan te leveren. Toch werd dat advies naast zich neergelegd. Mijn vragen zijn de volgende.

Bent u ervan op de hoogte dat de procedure rond de openbaarheid van bestuur niet wordt gerespecteerd? Zult u het FAGG daarover interpelleren? Hoe zult u ervoor zorgen dat het

FAGG in de toekomst zijn verantwoordelijkheid inzake de openbaarheid van bestuur naleeft?

03.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is de regel en vanzelfsprekend ook mijn verwachting, dat het FAGG verzoeken tot openbaarheid van bestuur conform het wettelijk kader behandelt.

Sinds de donorcrisis wordt het FAGG geconfronteerd met een zeer sterke toename van vaak zeer omvangrijke en complexe verzoeken, die elkaar bovendien in hoog tempo opvolgen. Die verzoeken hebben betrekking op gevoelige informatie, zoals u beiden hebt aangegeven, waaronder persoonsgegevens, gezondheidsgegevens en gegevens die verband kunnen houden met lopende procedures.

In het kader van de donorcrisis werden bij het FAGG van juni 2025 tot en met december 2025, dus op een halfjaar tijd, 18 verzoeken tot openbaarheid van bestuur ingediend. In 2026 kwamen daar tot op heden 20 verzoeken bij. U zult begrijpen dat dat een enorme werklast is. Ik weet niet hoe andere administraties daarmee omgaan. Ik vraag natuurlijk aan het FAGG om correct te reageren met inachtneming van alle formaliteiten die daarbij nodig zijn. De vraag kan echter ook worden gesteld hoe de procedure inzake openbaarheid van bestuur hier wordt gebruikt. Ze moet natuurlijk ook hanteerbaar blijven voor wie de verzoeken ontvangt.

Het FAGG beschikt over een interne procedure voor de behandeling van verzoeken tot openbaarheid van bestuur. De betrokken diensten staan in voor de inhoudelijke behandeling met ondersteuning van de juridische dienst. Die procedure was al in herziening op het moment dat de donorcrisis uitbrak. De actualisering ervan heeft tot doel de procedure af te stemmen op de meest recente wetgeving, rechtspraak en adviespraktijk van de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten. Het is belangrijk dat het FAGG, hoewel het buitengewoon veel werk en een heel snelle opvolging van verzoeken vergt, de formaliteiten in de mate van het mogelijke correct probeert te respecteren.

Ik kom tot uw vierde vraag. De beslissingen van de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten waarnaar wordt verwezen, betreffen adviezen. Dat zijn geen verplichtingen. In het kader van verzoeken tot heroverweging in twee dossiers over de initiële weigering van toegang tot inspectieverslagen heeft het FAGG het advies van de commissie niet gevolgd. Ik heb hier volgens mij ook al toegelicht dat de gevraagde informatie, namelijk de inspectieverslagen, nadien wel werd gepubliceerd op de website van het FAVV.

Uw zesde vraag gaat over het dossier van Donorkinderen vzw. In dat verband vroeg de verzoekende partij of het FAGG processen-verbaal had opgesteld naar aanleiding van haar meldingen of verhoor. Ze vroeg ook bijkomende gegevens daarover, zoals de aard van de processen-verbaal, de registratienummers ervan en de datum van opmaak. Ook had ze vragen over de administratieve verwerking van meerdere meldingen.

Het FAGG heeft geoordeeld dat het verzoek grotendeels betrekking had op het verzamelen van specifieke inlichtingen en niet op de mededeling van bestaande bestuursdocumenten. Aan de verzoekster werd meegedeeld dat een weerslag van haar verhoor aan het parket was overgezonden, maar dat het FAGG nog geen notitienummer van het parket had ontvangen. Zodra het nummer zou worden ontvangen, zou het aan de verzoekster worden meegedeeld.

Na een verzoek tot heroverweging oordeelde de commissie dat de oorspronkelijke beslissing beter moest worden gemotiveerd. Het FAGG heeft daarna, rekening houdend met het advies van de commissie, verduidelijkt dat de gevraagde informatie niet in bestaande documenten was opgenomen en dus niet onder de wetgeving betreffende openbaarheid van bestuur viel.

Dan kom ik bij de vragen vijf en zeven. De transparantie van het FAGG werd de voorbije maanden versterkt door de publicatie van inspectieverslagen, de voortdurende actualisering van de gekende overschrijdingen en uiteraard ook door meerdere toelichtingen en debatten hier in het Parlement.

Wat de naleving van de adviezen van de Commissie voor de toegang tot bestuursdocumenten (CTB) betreft, moet ik u meedelen dat het FAGG als standaardpraktijk hanteert zich naar die adviezen te conformeren. Ook in het geval waarover ik het had, heeft het FAGG het advies meegenomen en de beslissing bijkomend gemotiveerd.

Ik heb ook een schriftelijke vraag van mevrouw Gijbels waarin ik meer statistieken en cijfers zal verstrekken. U zult die ontvangen in het antwoord op die schriftelijke vraag.

03.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik begrijp dat de behandeling

van die vragen inderdaad enige verwerkingstijd vraagt, zeker wanneer veel verzoeken worden ingediend. Anderzijds denk ik dat het FAGG er ook dan voor moet zorgen dat verzoekers ten minste zicht krijgen op de antwoordtermijn, ook al is die langer. Ik denk dat iedereen wel begrip kan opbrengen voor het feit dat een ander wat langer duurt. Er is daar wel wat werk aan de winkel om meer helderheid te scheppen.

Ik weet dat adviezen van de CTB niet bindend zijn. Tegelijkertijd gaat het hier wel om de waakhond van de openbaarheid van bestuur. Daarom denk ik dat we, wanneer zij het advies geven dat iets openbaar gemaakt moet worden, dat moeten respecteren.

Zelf hebben we ook een wetsvoorstel om ervoor te zorgen dat de adviezen in de toekomst wel bindend worden. In die zin hopen wij daarin medestanders te vinden. Ik denk dat het zaaks is om iets meer verantwoordelijkheid te geven aan overheidsinstanties om enerzijds actiever te zijn in het transparant maken van gegevens en documenten, en anderzijds met de nodige ernst om te gaan met de adviezen die de CTB geeft.

03.05 **Els Van Hoof** (cd&v): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister. Aangezien het inderdaad uitsluitend ging over procedurele en administratieve informatie en niet om inzage in het strafdossier of strafrechtelijke stukken, heeft het FAGG zich na het tweede advies van de CTB natuurlijk wel herpakt.

Het is echter wel belangrijk dat het zich aan die adviezen conformeert. Ik vind het interessant dat mijn collega zegt dat de adviezen van de CTB ook bindend zouden kunnen worden gemaakt. Net in dergelijke gevoelige dossiers is het belangrijk dat men daarmee rekening houdt.

Ik besef dat het gaat om 18 dossiers en nog eens 20 dossiers. Ik ben ook gemeenteraadslid in de stad Leuven. Ook daar krijgen we heel wat vragen die privédossiers betreffen. Juist wanneer het gaat over het FAGG en dergelijke dossiers, moeten we zoeken naar een manier om mensen tegemoet te komen en daarop een duidelijke tijdslijn zetten.

Mensen mogen niet met een kluitje in het riet worden gestuurd, zoals men het nu aanvoelt. Zeker wanneer de CTB is tussengekomen, moet men daarmee rekening houden. We zullen dit verder opvolgen en bekijken op welke manier we daar politiek verdere stappen in kunnen zetten.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**04 Questions jointes de**
**- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès à l'IVG" (56016045C)**
**- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La récupération des remboursements d'IVG en cas de non-respect du délai de réflexion" (56016440C)**
**- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès effectif à l'IVG" (56017557C)**
**04 Samengevoegde vragen van**
**- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot abortus" (56016045C)**
**- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het terugvorderen van terugbetalingen voor abortussen in geval van niet-naleving van de bedenktijd" (56016440C)**
**- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De effectieve toegang tot abortus" (56017557C)**

04.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, cela fait plusieurs fois que je vous interroge sur les IVG pratiquées en centre de planning familial.

Cette fois-ci, il nous revient que l'INAMI aurait donné instruction aux mutualités de récupérer les montants liés au remboursement des IVG pratiquées dans les centres de planning familial lorsque le délai de réflexion de six jours aurait été réduit pour raison médicale, pour lesquels un accord préalable de prise en charge avait été signifié par la mutualité sur les deux dernières années.

Cette situation incompréhensible suscite une vive inquiétude parmi les acteurs de terrain et les centres concernés. En cas de remboursement, certains centres seraient conduits à cesser toutes leurs activités en raison d'une faillite.

Vous savez que la législation actuelle prévoit explicitement que le médecin ne peut au plus tôt pratiquer l'interruption volontaire de grossesse que six jours après la première consultation prévue, sauf s'il existe une raison médicale urgente pour la femme d'avancer l'interruption de grossesse.

Dès lors, l'existence même d'une exception légale liée à l'urgence médicale permet une appréciation clinique par les professionnels de santé concernés. Celle-ci est couverte par la loi dite "qualité", modifiée en 2019, qui réaffirme explicitement le principe fondamental de la liberté diagnostique et thérapeutique des professionnels de santé.

Dans ce contexte, monsieur le ministre, pouvez-vous d'abord nous confirmer que l'INAMI a bien adressé des instructions aux mutualités afin de récupérer les remboursements des IVG pratiquées avant l'expiration du délai de six jours?

Si c'est bien le cas, sur quelle base juridique précise ces récupérations sont-elles fondées? Comment l'INAMI apprécie-t-il l'exception prévue par la loi en cas de raison médicale urgente pour la femme? Combien de dossiers de récupération ont été ouverts à ce jour et pour quel montant? Apparemment, les demandes de remboursement remontent à 2024. Si c'est bien le cas, pourquoi?

Si ces informations sont exactes, il apparaît clairement que cela constitue un obstacle supplémentaire à l'accès effectif à l'IVG et au travail des centres de planning familial, ce qui est évidemment inacceptable.

04.02 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, la question de l'interruption volontaire de grossesse anime ce Parlement depuis maintenant des années. Votre gouvernement a pourtant décidé de mettre ce texte "au frigo" jusqu'au 1er décembre prochain. Nous le regrettons évidemment. Dès lors que nous ne pouvons plus déposer ni examiner aucun texte en la matière au sein de ce Parlement, il s'agit d'une véritable confiscation du débat.

Cette question concerne l'extension du droit à l'IVG. En tant que ministre de la Santé, il est de votre ressort de travailler sur l'accès effectif au droit à l'avortement en Belgique. Une experte l'a d'ailleurs rappelé la semaine dernière dans les colonnes du *Vif*. Mme Rebecca Gomperts, fondatrice de l'ONG Women on Waves, y affirme que la Belgique a beaucoup de progrès à faire en matière d'accès à l'avortement. Elle pointe différents éléments qui restreignent l'accès des femmes à l'IVG, notamment des délais d'attente trop longs dans certaines régions. Selon les provinces, l'accès à l'IVG ne serait pas pleinement garanti, en raison notamment de certains objecteurs de conscience dans les hôpitaux. La question de la formation est également soulevée par les professionnels de terrain, qui déplorent globalement un manque d'accès à l'avortement dans certaines zones du pays.

Sous la précédente législature, le ministre Alain Maron avait travaillé à la garantie du droit à l'IVG à Bruxelles, en adoptant une ordonnance qui impose un suivi effectif de chaque demande d'IVG. L'objectif était d'éviter qu'une demande puisse être simplement refusée, laissant la patiente dans une forme d'errance.

Monsieur le ministre, disposez-vous de données relatives à l'accès effectif au droit à l'IVG? Quels sont, par exemple, les délais d'attente selon les régions? Disposez-vous de données précises sur le nombre d'hôpitaux qui pratiquent l'IVG ou la refusent? Qu'en est-il plus spécifiquement de l'accès à l'IVG en Communauté germanophone? Voici quelques années, j'avais rencontré les acteurs de terrain de cette région, et ils m'avaient fait part du fait que, la plupart du temps, les patientes doivent se rendre à Liège pour avoir accès à l'avortement. Plus globalement, quelles initiatives comptez-vous prendre pour renforcer l'accès à l'avortement? Des discussions sont-elles en cours avec vos collègues des entités fédérées? Quel soutien apporterez-vous également aux centres de planning, qui absorbent une part de plus en plus grande de la demande en la matière?

04.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Schlitz, je vous rejoins sur l'importance de l'accès effectif à l'IVG. Le cadre légal doit pouvoir se traduire concrètement par une prise en charge accessible, sûre et de qualité pour les femmes concernées. Si nous travaillons à une réforme de la législation – ce qui est très important pour moi ainsi que pour mon groupe –, le résultat doit être une amélioration aussi effective dans le sens que vous évoquez. Il n'a jamais été question de temporiser. Nous avons indiqué que nous souhaitions faire progresser simultanément plusieurs dossiers éthiques, y compris la problématique de l'euthanasie, avant le 1er décembre. C'est l'engagement que nous avons pris. Il ne s'agit donc pas de ne rien faire.

Dans le cadre de sa mission légale, la Commission nationale d'évaluation est chargée d'évaluer l'application de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse. Elle s'appuie notamment sur les documents d'enregistrement transmis par les médecins pour chaque interruption de grossesse ainsi que sur les rapports annuels transmis par les institutions concernées. S'agissant des délais d'accès à l'IVG par province et par type d'établissement, les données actuellement collectées ne comportent pas

d'indicateurs systématiques permettant de mesurer ces délais. Les rapports annuels transmis à la Commission décrivent toutefois certains éléments relatifs à l'organisation pratique des services, notamment leur accessibilité, les permanences, les consultations sur rendez-vous et la collaboration avec d'autres structures. Il ressort également du rapport annuel du service d'information transmis par certaines institutions francophones que, lorsque le délai d'attente devient trop long en raison d'un manque de médecins disponibles dans une structure, des contacts sont pris avec d'autres centres ou hôpitaux de la même zone géographique. Des initiatives plus structurées voient également le jour. À titre d'exemple, plusieurs centres d'une même région utilisent un document partagé leur permettant de s'informer mutuellement des disponibilités pour les rendez-vous pré-IVG.

En ce qui concerne les hôpitaux, la Commission nationale a publié en mars 2025 son rapport bisannuel portant sur les données des années 2022 et 2023. Ce rapport a été transmis au Parlement et est accessible au public. Il en ressort qu'en 2022 et 2023, 15 % des IVG ont été réalisées à l'hôpital. Selon les dernières données disponibles, 65 hôpitaux ont transmis des documents d'enregistrement. Rapporté au paysage hospitalier belge, qui compte environ 103 établissements disposant d'un service de gynécologie, cela représente près de 63 % des hôpitaux concernés, à la connaissance de la Commission nationale.

Si l'on examine les données selon le domicile de la femme, la part des IVG réalisées à l'hôpital est plus faible dans les provinces flamandes, généralement entre 3 et 9 %, ainsi qu'à Bruxelles, où il est autour de 10 %. Elle est plus élevée dans certaines provinces wallonnes, notamment dans le Hainaut et à Liège, province dans laquelle sont aussi reprises les habitantes des communes de la Communauté germanophone. Ces données doivent être lues en tenant compte du rôle des centres extrahospitaliers qui réalisent la majorité des IVG.

Enfin, pour les centres de planning familial, la convention INAMI existante prévoit un financement forfaitaire par trajet de soins. Le financement évolue donc avec le nombre de bénéficiaires accompagnées dans le cadre de cette convention.

Madame Désir, l'INAMI n'a jamais donné instruction aux organismes assureurs de procéder à la récupération des montants liés aux remboursements d'interruptions volontaires de grossesse pratiquées avant l'expiration du délai de six jours, lorsque celui-ci a été réduit pour raison médicale. Selon les éléments dont je dispose, il s'agit d'une initiative des organismes assureurs, menée dans un cadre intermutualiste et portant sur des dossiers individuels. La base concrète des éventuelles récupérations doit donc être appréciée au regard de ces dossiers. Je ne dispose pas à ce stade d'une vue consolidée sur le nombre de dossiers concernés ni sur les montants en cause. Il va de soi que les médecins sont tenus de respecter le cadre légal. Celui-ci prévoit toutefois explicitement une exception lorsqu'il existe une raison médicale urgente pour la femme. Cette appréciation incombe en premier lieu au médecin qui pratique l'interruption de grossesse. Et comme je l'ai indiqué dans ma réponse précédente, dans le cadre des travaux récents, le modèle de rapport annuel à transmettre par les centres a été adapté afin d'y inclure une rubrique permettant de décrire le motif médical urgent justifiant la dérogation au délai de six jours. Cette modification a toutefois été rejetée par mon cabinet. Les centres en ont été avertis.

04.04 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je suis rassurée par votre réponse constante selon laquelle l'accès effectif à l'IVG est important et vous vous battez pour le garantir.

Votre réponse à ma question précise me laisse toutefois un peu sur ma faim, dans le sens où vous me dites que l'INAMI n'a jamais donné une telle instruction. Les centres nous disent quand même qu'ils sont appelés à rembourser ces IVG.

Je reste donc inquiète parce que vous nous dites aussi que vous n'avez pas de vue complète sur le nombre de dossiers concernés ni sur les montants en cause. Or cela semble mettre en péril l'existence même de certains centres de planning familial.

De manière générale, vous l'aurez compris avec les différentes questions que je vous ai posées récemment, je pense que tout ce qui contribue à faire pression sur les centres de planning familial par rapport à leur pratique des IVG est problématique. Nous continuerons donc évidemment à suivre cette question de très près. Je pense vraiment que nous devrions à tout le moins avoir une vue plus globale sur ce qu'il s'est passé.

Le **président**: Mme Schlitz n'est plus là.

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

**05 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken met betrekking tot het herstelplan en de tweede FIA-audit bij het FAGG" (56016234C)**
**05 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement du plan de reprise et le second audit mené à l'AFMPS par le FAI" (56016234C)**

05.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb opnieuw een vraag naar aanleiding van het recente donorschandaal. Begin dit jaar werden verschillende maatregelen aangekondigd om de werking van het FAGG te versterken. In dat kader werd dokter Dirk Ramaekers belast met de opdracht om als crisismanager een concreet en uitvoerbaar herstelplan uit te werken. Daarnaast werd ook een tweede FIA-audit aangekondigd over de bredere werking van het FAGG. Daarvan zouden we de resultaten tegen de zomer mogen verwachten.

Mijnheer de minister, wat is vandaag de stand van zaken van de implementatie van het herstelplan dat door de heer Ramakers werd voorgesteld? Welke maatregelen uit dat herstelplan zijn vandaag al operationeel? Werd de aangekondigde inspectieronde binnen de fertiliteitscentra inmiddels opgestart? Als dat het geval is, hoeveel inspecties hebben er al plaatsgevonden? Werden daarbij al belangrijke aandachtspunten of terugkerende problemen vastgesteld?

Wat is vandaag de stand van zaken van de tweede FIA-audit? Verloopt die audit nog volgens de oorspronkelijk vooropgestelde timing? Op welke manier wordt de opvolging van het herstelplan concreet gemonitord? Hoe wordt het parlement verder geïnformeerd over de voortgang van de implementatie van het herstelplan en over de opvolging van de audits?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het herstelplan is vertaald in een actie- en maatregelenplan met concrete acties, waarbij voor elke actie een verantwoordelijke en een uitvoeringstermijn werden bepaald.

De voortgang van zowel het CAPA-plan naar aanleiding van de FIA-audit 2025/58 over de fertiliteitscentra als van het herstelplan wordt opgevolgd door een coördinatie- en opvolgingsgroep, voorgezeten door de administrateur-generaal van het FAGG. Die groep rapporteert de voortgang van het herstelplan aan de algemene verantwoordelijke voor het herstelplan, Dirk Ramaekers.

Tot heden werden er geen vertragingen gerapporteerd. De voortgang van het herstelplan wordt op regelmatige tijdstippen gepubliceerd en geactualiseerd op de website van het FAGG. Een eerste update is voorzien in september.

De volgende maatregelen zijn uitgevoerd of opgestart: de publicatie op de website van het FAGG van alle gekende quota-overschrijdingen, de voorbereiding van het Instituut voor Donorgegevens naar aanleiding van het voorontwerp van wet inzake de opheffing van de anonimiteit, de start van de aanwervingsprocedure van extra inspecteurs en de aanvang van thematische inspecties in fertiliteitscentra.

Momenteel zijn negen fertiliteitscentra geïnspecteerd. De inspectierapporten zijn in opmaak en moeten nog worden gevalideerd. Pas na die validatiefase kan een onderbouwde analyse worden gemaakt van eventuele terugkerende vaststellingen. Die inspectieronde loopt dus. Tegen het einde van het jaar zullen nog heel wat meer centra geïnspecteerd zijn.

Wat de tweede FIA-audit betreft, blijft de planning behouden, zoals eerder meegedeeld in de commissie. Een eerste versie van het auditrapport is in juni aan het FAGG bezorgd voor verificatie van de feitelijke juistheid. Begin juli zou vervolgens een finale debriefing plaatsvinden. Ik heb daarvoor op dit moment geen exacte datum, maar die was gepland voor het begin van deze maand.

Daarna wordt, rekening houdend met eventuele opmerkingen, een tweede versie opgesteld, met als doel die vóór 21 juli opnieuw aan het FAGG te bezorgen. Vervolgens formuleert het FAGG, conform de procedure, een actieplan en een managementreactie.

05.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel voor de stand van zaken, mijnheer de minister.

Ik begrijp dat een aantal zaken intussen van start zijn gegaan, dat acties worden opgezet en dat nu wordt bekeken op welke manier die ook in de praktijk worden omgezet. Ik zal zeker regelmatig de website blijven raadplegen. Ik denk ook dat we in het najaar meer zicht op de zaak zullen krijgen en dat tegen het einde van het jaar, wat de inspectie van de fertiliteitscentra betreft, meer informatie zal zijn verzameld. We zullen dan ook meer inzicht

krijgen in eventuele terugkerende vaststellingen die belangrijk zijn om aan te pakken en te verbeteren.

Tot slot, ik weet niet of er nog een bijkomende informatiesessie voor het Parlement zal worden georganiseerd, maar dat zou misschien wel interessant zijn zodra de tweede audit is afgerond. Dan kunnen ook wij daarvan op de hoogte worden gebracht.

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

**06 Samengevoegde vragen van**
**- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De subsidies voor thuisverpleegkundigen" (56016254C)**
**- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De administratieve werking van thuisverpleegkundigen" (56017393C)**
**06 Questions jointes de**
**- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les subsides dont bénéficient les infirmiers à domicile" (56016254C)**
**- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le fonctionnement administratif des infirmiers à domicile" (56017393C)**

06.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

*Er gaat jaarlijks een aanzienlijk bedrag aan publieke middelen naar de sector van de thuisverpleegkunde. Naast de financiering van de prestaties zelf ontvangen de erkende diensten voor thuisverpleegkunde ook diverse subsidies voor hun administratieve werking, coördinatie, bijscholing en kwaliteitsondersteuning. Zo wordt volgens beschikbare informatie voor de administratieve werking van erkende diensten een subsidie voorzien van 18K EUR euro per kwartaal per 14 voltijdequivalenten (VTE), wat neerkomt op 72K EUR per jaar. Daarnaast bestaan er ook subsidies voor organisatie en bijscholing via onder meer Wit-Gele Kruis, iMens, ZorgConnect, Ledéri, Nursa, Courando, Altrio en Vivex. Er circuleren signalen over hoge vergoedingen voor directiefuncties binnen sommige erkende diensten, bedragen tot 55K EUR per maand zouden voorkomen, wat vragen oproept over de besteding van publieke middelen en de efficiëntie van de subsidiestromen. Om het beleid op dit terrein te kunnen evalueren, is transparantie over de totale subsidies en hun doelmatige aanwending essentieel.*

*Graag verneem ik het volgende van u:*

*1. Kunt u een overzicht geven van het totale bedrag aan subsidies dat de laatste vijf jaar (indien mogelijk sinds 2014) werd uitgekeerd aan erkende diensten voor thuisverpleegkunde per jaar? Kunt u deze gegevens opsplitsen per erkende dienst? 2. Hoe worden de middelen voor administratie, bijscholing en coördinatie precies bepaald, gecontroleerd en verantwoord?*

*3. Bestaan er rapporteringsverplichtingen of evaluaties over de besteding van deze subsidies aan bijv. het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering? Zo ja, kunt u deze toelichten of ter beschikking stellen? 4. Werd er reeds een effectiviteits- of doelmatigheidsstudie uitgevoerd met betrekking tot de werking van de erkende diensten en hun subsidiëring?*

06.02 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, naast de financiering van de eigenlijke zorgprestaties in de thuisverpleging voorziet de overheid, via het RIZIV, ook middelen voor de administratieve werking en de coördinatie van de diensten voor thuisverpleging. Het gaat concreet om een forfait van 72.000 euro per jaar per 14 voltijdsequivalenten verpleegkundigen, met een proportionele toekenning voor groepen tussen 7 en 14 voltijdsequivalenten.

Uit een snelle raming van het RIZIV blijkt dat het volume waarop die subsidies worden berekend, de voorbije tien jaar fors is gestegen. Waar we in 2014 nog spraken over ongeveer 6.000 voltijdsequivalenten verpleegkundigen en 425 coördinerende verpleegkundigen, tikken we voor 2024 af op maar liefst 9.380 voltijdsequivalenten, exclusief zorgkundigen, en 670 coördinerende verpleegkundigen. Dat betekent logischerwijze ook een forse toename van de totale uitbetaalde budgetten.

Wanneer we de bedragen per dienst voor 2024 analyseren, zien we bovendien dat die middelen sterker geconcentreerd zijn bij enkele grote spelers. De absolute uitschieters – dat kan en mag ook – zijn de zelfstandige netwerken Altrio en Mederi en daarnaast ook het Wit-Gele Kruis van Limburg en Oost-Vlaanderen.

Mijnheer de minister, een goede coördinatie op het

terrein is essentieel, onder meer voor de permanentie, maar wordt de ratio legis van die tegemoetkoming nog voldoende gehaald?

Wordt er momenteel nagedacht over een hervorming van dat financieringssysteem?

06.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, mijnheer Bertels, ik denk dat we het daarover in de plenaire vergadering al even hebben gehad, zij het kort. Ik wil terugkomen op de essentie van mijn toenmalige reactie. Die forfaitaire tegemoetkoming is bedoeld om de diensten voor thuisverpleging te ondersteunen bij activiteiten die niet rechtstreeks worden vergoed, zoals opleiding, overleg, kwaliteitsevaluatie en organisatorische omkadering.

De globale uitgaven voor de forfaitaire tegemoetkoming voor specifieke kosten van de diensten voor thuisverpleging bedroegen 50,2 miljoen euro in 2024. In 2015 bedroeg dat nog maar 24,8 miljoen euro. Dat is een verdubbeling, maar die is te wijten aan het feit dat het aantal diensten dat met dat bedrag werd gefinancierd sterk is toegenomen, namelijk van 72 in 2015 naar 138 in 2024.

In 2024 bedraagt de mediaan van de tegemoetkoming per dienst 66.000 euro. De gemiddelde tegemoetkoming bedraagt 364.000 euro. Over de periode 2015-2024 stijgen de gemiddelde kosten jaarlijks met 0,6 %, terwijl de mediane kosten met 1,3 % stijgen. Eigenlijk kunt u daaruit afleiden, als ook rekening wordt gehouden met onder andere de inflatie, dat dat geen fenomenale stijging is.

Ik denk dat het interessant zou zijn, en ik meen dat dat misschien ook uw vraag was, om een heel gedetailleerd overzicht per dienst te geven. Dat landschap is natuurlijk geëvolueerd door stopzettingen, fusies, opsplitsingen en naamswijzigingen. Een historisch overzicht per dienst is dus geen eenvoudige zaak. Ik heb wel een tabel bij, die ik niet helemaal zal voorlezen, maar u zal overhandigen. In die tabel ziet u de evolutie, met de begin- en eindpunten die ik u heb gegeven, jaar na jaar.

Voor alle duidelijkheid: de maatregel bestaat sinds 2001 en is geregeld bij het koninklijk besluit van 16 april 2002. Alle dossiers zijn beschikbaar bij de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV. Ze worden ook door de Dienst voor geneeskundige verzorging nagekeken op eventuele inconsistenties.

Er is geen rapporteringsverplichting met betrekking tot de aanwending van die middelen. De samenstelling van de diensten wordt gecontroleerd in het kader van de behandeling van de aanvragen, op basis van de door de diensten verstrekte gegevens en verklaringen op eer.

Mevrouw Depoorter, ik denk dat ik u ook al heb gezegd dat als we nu een gedetailleerd verslag zouden vragen over alles wat daarmee gebeurt, we opnieuw in planlast terechtkomen. U zult het met mij eens zijn dat vaak kleinere diensten of samenwerkingsverbanden die tegemoetkoming ontvangen. Daarmee zou toch wel een zware last op die kleinere organisaties worden gelegd.

Binnen de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen wordt die tegemoetkoming opgevolgd in het kader van een bredere, continue reflectie over *appropriate care* en een optimale inzet van middelen. De evolutie van die uitgaven wordt dus gemonitord, onder meer via auditrapporten.

Daarnaast wordt in het kader van het lopende pilootproject in de thuisverpleging een alternatief financieringsmechanisme getest, waaronder een stimulerende praktijkfinanciering die gericht is op een praktijkvoering met een maximale kwaliteit. De inzichten daaruit kunnen eventueel bijdragen aan de verdere reflectie over de huidige tegemoetkoming. De Overeenkomstencommissie onderzoekt de mogelijkheden voor een analyse van de voorwaarden en de verdeling van de premies. Dat impliceert echter niet dat de tegemoetkoming als zodanig nu in vraag wordt gesteld.

Ik laat u de tabel via het secretariaat bezorgen.

06.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, een bedrag van 50 miljoen euro dat wordt besteed aan forfaitaire middelen in de sector van de thuisverpleegkundigen, is best veel. Daar zult u het mee eens zijn. Het ontbreken van rapportering over de benutting is op zijn minst bijzonder. We zijn het erover eens dat de sector van de thuisverpleegkundigen, wat de nomenclatuur betreft, op bepaalde vlakken echt onderbetaald is.

In de vorige begrotingsronde is fors bespaard op de palliatieve zorg. Dan vind ik het nalatig dat niet gecontroleerd wordt hoe zoveel geld, 50 miljoen euro, wordt benut. U hebt mij de cijfers gegeven, met de mediaan en het gemiddelde. Als econoom kent u statistieken. Wanneer we die statistieken bekijken, zult u het met mij eens zijn dat er grote verschillen zijn. Kleinere praktijken krijgen kleinere

bedragen. Grotere organisaties krijgen daarentegen gigantische sommen geld, die besteed worden aan de organisatie van de thuisverpleegkundige diensten.

Ik vraag me dan ook af of het toegekende forfait niet gradueel moet worden aangepast naargelang het gaat om een organisatie met twee- of driehonderd verpleegkundigen, dan wel een organisatie met veertien verpleegkundigen. Dat zou de Overeenkomstencommissie moeten kunnen bekijken. Wordt dat geld effectief besteed volgens de noden van de organisatie, of is er sprake van een vorm van valse concurrentie, waarbij een grotere organisatie een voordeel kan uitspelen ten opzichte van een kleine organisatie, die de ondersteuning voor de organisatie van de thuisverpleegkundige zorg echt nodig heeft?

In het licht van doelgerichte financiering van de zorg is het absoluut aan de orde om na te gaan of dat bedrag van 50 miljoen euro optimaal wordt besteed, dan wel of er een verschuiving mogelijk is naar een nomenclatuur die, daar zijn we allebei van overtuigd, broodnodig is om de thuisverpleegkundigen te ondersteunen.

06.05 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. We zijn het er allicht allemaal over eens dat coördinatie van thuisverpleegkundigen belangrijk en ook nodig is, onder meer om de permanentie van de zorg te kunnen verzekeren, bijvoorbeeld tijdens de nacht, om een extreem voorbeeld te geven. Dat is dus op zich een goede zaak.

Het is ook een goede zaak dat in het kader van de oefening *appropriate care*, zoals u in uw antwoord hebt gezegd, de Overeenkomstencommissie bekijkt of de middelen worden aangewend waarvoor ze moeten worden aangewend. Dat is juist de oefening van *appropriate care*.

Ten derde, ik ben heel benieuwd naar de uitkomst van het proefproject met betrekking tot de nieuwe financiering van thuisverpleegkundigen, dat over het hele land loopt, om na te gaan of praktijktegemoetkoming in andere vormen kan worden verstrekt, die beter zouden kunnen zijn dan de huidige financieringswijze op basis van nomenclatuurprestaties. Als ik het goed begrepen heb, moeten we daar nog even op wachten en hopen we daar volgend jaar een eerste concrete aanzet toe te krijgen.

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

**07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Trommelvliesbuisjes" (56016255C)**
**07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les aérateurs transtympaniques" (56016255C)**

07.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik heb deze vraag eerder al schriftelijk ingediend, maar ik kreeg er nog geen antwoord op. Ik verwijs naar de ingediende vraag.

*In het kader van toegankelijke en betaalbare gezondheidszorg is het van essentieel belang dat ouders en hun kinderen op een transparante en billijke manier toegang krijgen tot medische zorgen. Mij bereikte evenwel het signaal dat er mogelijk een discrepantie bestaat in de toepassing van de nomenclatuur en de aangerekende zorgprestaties bij het plaatsen en verwijderen van trommelvliesbuisjes (diabolo's) ter verluchting van het middenoor. Deze ingreep wordt frequent toegepast bij jonge kinderen. Doorgaans worden de buisjes geplaatst met de bedoeling dat zij spontaan uitvallen na een periode van zes maanden tot twee jaar. In bepaalde gevallen worden de buisjes echter actief verwijderd door de arts, waarvoor een technische prestatie kan worden aangerekend.*

*Kunt u een overzicht bezorgen van de uitgaven voor de laatste vijf jaar, opgesplitst per jaar en per maand, en per gewest, zowel wat betreft de uitgaven voor de Staat als het bijhorende remgeld voor de patiënt, voor de volgende nomenclatuurcodes: - plaatsen van een diabolo in ambulante setting (code 257471); - plaatsen van een diabolo in het ziekenhuis (code 257482); - paracentese (code 144535); - verwijderen van een diabolo K75 in ambulante setting (code 431093); - verwijderen van een diabolo K75 in het ziekenhuis (code 431104)?*

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De codes 257471 en 257482 voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes worden sinds 2019 gedeeltelijk opgenomen via de forfaits laagvariabele zorg. Daardoor geven de honorariumgegevens niet altijd het volledige beeld van de kostprijs, aangezien binnen de laagvariabele zorg naast de ingreep zelf ook andere prestaties zijn opgenomen, zoals anesthesie, medische beeldvorming en bijkomende zorgen.

Voor 2025 bedragen de uitgaven voor het plaatsen van trommelvliesbuisjes binnen de honoraria 1.265.000 euro in ambulante setting en 72.000 euro in gehospitaliseerde setting, telkens zonder het remgeld. Binnen de laagvariabele zorg gaat het om 6.470.000 euro in ambulante setting, met 116.000 euro remgeld, en 25.000 euro in gehospitaliseerde setting, met 496.000 euro remgeld. Voor paracentese bedragen de uitgaven in 2025 102.000 euro in ambulante setting, met 25.000 euro remgeld, en 4.000 euro in gehospitaliseerde setting en 695 euro remgeld.

Globaal bedragen de uitgaven voor deze verstrekkingen in 2025 dus 7.938.000 euro, met 143.000 euro remgeld.

De nomenclatuurcodes 431093 en 431104 stemmen volgens onze gegevens niet overeen met een specifieke prestatie voor het verwijderen van trommelvliesbuisjes. Voor die handeling bestaat geen afzonderlijke nomenclatuurcode, zodat daarover geen afzonderlijke uitgavengegevens beschikbaar zijn.

07.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u hebt geen antwoord geformuleerd op mijn vraag naar de bedragen voor de nomenclatuurcodes 431093 en 431104.

Dat is eigenlijk het belangrijkste onderdeel van mijn vraag. Ik zal ze dan opnieuw schriftelijk indienen. Ik begrijp dat u zegt dat die codes niet uitsluitend worden gebruikt voor het verwijderen van trommelvliesbuisjes of daar niet rechtstreeks mee gecorreleerd kunnen worden, maar ze worden wel toegepast. Dat is precies de oefening die ik wilde maken: nagaan hoe vaak een dergelijke code wordt gebruikt. Ik zal de vraag dus opnieuw schriftelijk indienen.

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Misschien moet u dan inderdaad aangeven welke statistieken u precies wilt. Die hebben we ongetwijfeld. Dan zullen we ze u bezorgen.

07.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik heb het over de codes die in mijn vraag staan.

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

**08 Samengevoegde vragen van**
**- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het advies van de RIZIV-experts over het remgeld" (56016267C)**
**- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verhoging van het remgeld" (56016610C)**
**- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het remgeld in de thuiszorg" (56016979C)**
**- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verhogen van het remgeld" (56017011C)**
**08 Questions jointes de**
**- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avis des experts de l'INAMI concernant le ticket modérateur" (56016267C)**
**- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du ticket modérateur" (56016610C)**
**- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le ticket modérateur pour les soins à domicile" (56016979C)**
**- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du ticket modérateur" (56017011C)**

08.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik verwijs naar de schriftelijke voorbereiding van mijn vraag.

*De Vlaamse Beroepsvereniging voor Zelfstandige Verpleegkundigen pleit voor de invoering van verplicht remgeld in de thuiszorg, nadat opnieuw opvallende facturaties aan het licht kwamen bij een aantal thuisverpleegkundigen. Volgens de beroepsvereniging kan een factuur voor de patiënt een extra controlemechanisme zijn, omdat patiënten dan beter kunnen zien welke zorgen precies werden aangerekend.*

*Graag verneem ik het volgende van u:*

*Hoe kijkt u naar dit voorstel om verplicht remgeld in de thuiszorg in te voeren? Acht u dit een geschikt instrument om fraude sneller op te sporen en te voorkomen? En welke impact zou zo'n maatregel volgens u hebben op patiënten, in het bijzonder op kwetsbare mensen die vaak een langdurig thuiszorg nodig hebben?*

08.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, nous avions déjà parlé, le 20 mai dernier,

de l'augmentation des tickets modérateurs, thématique actuellement sur la table du gouvernement. Et, en tout cas à ce moment-là, nous avions parlé du rapport établi par la Commission des objectifs des soins de santé (COSS), lequel, selon vos propos, devait être rendu public.

Finalement, ce rapport n'est toujours pas rendu public, monsieur le ministre. Nous l'avons demandé à l'INAMI, mais nous ne l'avons pas reçu. Puis, nous en avons reçu une version francophone. La première question est de le rendre public. Lors de notre échange à ce sujet, monsieur le ministre, nous avons appris que les experts avaient conseillé d'augmenter les tickets modérateurs pour certaines prestations, à l'exclusion de la médecine générale. Cependant, à la lecture approfondie du rapport, je constate plusieurs éléments que vous n'aviez pas mentionnés.

En effet, il apparaît que Solidaris s'est désolidarisée de la demande adressée par le gouvernement au COSS. Elle a estimé que celui-ci était un organe scientifique indépendant et qu'il ne devrait donc pas être utilisé comme un véhicule du gouvernement. Cela étant, le rapport s'avère particulièrement intéressant en raison de sa rigueur scientifique. À la lecture de ses conclusions, il apparaît qu'il fournit davantage d'arguments contre une augmentation des tickets modérateurs qu'en sa faveur. Trois arguments principaux y sont développés.

En premier lieu, il met bien en évidence le fait qu'en Belgique, les patients déboursent beaucoup plus que dans les pays voisins: 21 % en Belgique contre 9% par exemple en France.

Ensuite, le rapport souligne qu'une augmentation des tickets modérateurs ne génère pas nécessairement d'économies. À long terme, elle pourrait même entraîner une hausse des coûts. En effet, cette mesure est susceptible d'inciter certaines personnes à renoncer ou à reporter des soins. Cette situation peut dès lors conduire à une dégradation de leur état de santé.

Enfin, le rapport met aussi clairement en évidence que ce type de mesure a pour conséquence de faire davantage porter le coût des soins de santé sur les malades, plutôt que sur le système de solidarité et, donc, sur les personnes en bonne santé.

Dès lors, monsieur le ministre, à la lecture de ce rapport, avez-vous fait les mêmes constats que moi? Comptez-vous toujours augmenter les tickets modérateurs ou cette piste n'est-elle plus sur la table? Aujourd'hui, nous savons que le gouvernement est à la recherche de 7,7 milliards d'euros. Aussi, faut-il s'attendre à de nouvelles mesures visant à augmenter les tickets modérateurs?

Enfin, lors de notre précédent échange, vous aviez indiqué que le gouvernement n'avait pas encore arrêté de décision concernant les 125 millions d'euros d'économies envisagées. La situation s'est-elle éclaircie depuis lors?

08.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Om te beginnen, past de beslissing van het begrotingsconclaaf in een bredere en mijns inziens evenwichtige budgettaire oefening, waarbij de middelen die ook worden gegenereerd door remgelden en aanpassingen van remgelden, integraal bij de gezondheidszorg behouden blijven en worden ingezet voor andere noodzakelijke prioriteiten.

De Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) heeft zich inderdaad niet uitgesproken over de wenselijkheid van de budgettaire beslissing van de regering als zodanig. Ze heeft binnen een zeer strikte termijn uitsluitend mogelijke uitvoeringsscenario's onderzocht vanuit het uitgangspunt dat de beschermingsmechanismen behouden blijven, in het bijzonder voor personen met een verhoogde tegemoetkoming.

Daarbij brengt het advies de rol van de remgelden, de bevindingen uit de empirische literatuur, de omvang van de eigen bijdragen in België en de waarde van zorg in kaart. Een belangrijke vaststelling is dat de eigen bijdragen van patiënten in België hoog zijn, maar dat de remgelden daarvan slechts een beperkt aandeel vertegenwoordigen. Tegelijkertijd werden reeds belangrijke maatregelen genomen, zoals het verbod op ambulante supplementen voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, dat sinds 1 juli volledig van kracht is.

De concrete uitwerking van de beslissing van het begrotingsconclaaf van de regering om de remgelden aan te passen, bevindt zich momenteel nog in een voorbereidende fase. Er is absoluut nog geen definitieve beslissing genomen over de precieze prestaties van zorgverleners waarvoor een aanpassing van het remgeld van toepassing zou zijn. De GDOS gaf echter wel de voorkeur aan vier voorstellen die gericht zijn op meer coherentie in de remgelden en op het versterken van het kostenbewustzijn in de gezondheidszorg.

Voor patiënten die geen recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming, gaat het om een beperkte harmonisatie tussen dagopname en klassieke hospitalisatie en om aanpassingen van de remgelden voor raadplegingen van medisch specialisten klinische biologie en medische beeldvorming.

Mevrouw Merckx, ik neem de argumenten uit het rapport uiteraard ernstig. Het rapport wijst terecht op het belang van betaalbare zorg en op de mogelijke risico's wanneer financiële drempels toenemen. Tegelijkertijd maakt het echter ook duidelijk dat de remgelden slechts één onderdeel zijn van de eigen uitgaven van patiënten. De maatregel moet zorgvuldig worden uitgewerkt, met blijvende aandacht voor het mogelijk uitstellen van zorg, de bescherming van kwetsbare groepen en de naleving van de geldende procedures.

De adviezen van het verzekeringscomité en van de Algemene Raad worden samengebracht en aan de regering voorgelegd. Daarbij is belangrijk te benadrukken dat het hier gaat om de uitvoering van een budgettaire beslissing die nog verder moet worden uitgewerkt volgens de gebruikelijke procedures. We moeten ervoor zorgen dat dat op een correcte manier gebeurt. Dat is de verantwoordelijkheid van de regering.

Het is mijn bedoeling dat de middelen die hier gegenereerd worden, worden ingezet voor prioriteiten in de gezondheidszorg. Daar hoort ook bij het investeren in het zorgpersoneel, het versterken van de gezondheidszorgadministraties en een aantal flankerende uitgaven voor bijvoorbeeld cybersecurity en zeldzame ziektes. In essentie gaat het om prioriteiten van de zorg en het zorgpersoneel.

Wat de vragen van mevrouw Depoorter betreft, het innen van remgeld voor verpleegkundigen is wettelijk toegelaten, maar niet verplicht. Elke verpleegkundige heeft de autonomie om zelf te beslissen of hij of zij het vastgelegde remgeld geheel of gedeeltelijk aanrekent. Uiteraard blijft het belangrijk dat de verpleegkundige de patiënt daarover goed informeert. Vanuit de sector van de thuisverpleging bestaan er initiatieven om te evolueren naar een vrijwillig, veralgemeend aanrekenen en innen van remgeld. Men suggereert ook een verplichte inning. De verplichte inning van remgeld betekent een actieve betrokkenheid van het patiënt. Dat zou inderdaad kunnen bijdragen aan de strijd tegen fraude, maar dat vraagt een wijziging aan het reglementaire kader. Men moet dan ook nadenken over de controleerbaarheid daarvan en over de impact voor de patiënt.

Toegankelijkheid van de zorg voor iedereen is een van de pijlers van de *sextuple aim* en een belangrijk richtsnoer in mijn beleid. Anderzijds is er het mechanisme van de maximumfactuur, dat een veel bredere groep beschermt dan alleen maar de rechthebbenden met verhoogde tegemoetkoming. Al die overwegingen nopen mij toch tot enige voorzichtigheid met betrekking tot de idee dat de overheid de inning van remgeld in een bepaalde sector verplicht zou maken.

08.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Ik veronderstel dat we het later nog zullen hebben over de algemene of brede discussie rond de verhoging van het remgeld.

Wat de verplichte inning van remgeld in de thuisverpleegkundige zorg betreft, daar moeten we inderdaad heel voorzichtig mee omspringen. Ik ving bijvoorbeeld het signaal uit het veld op – ik verwijs naar onze discussie over de forfaitaire ondersteuning van grotere organisaties versus kleinere organisaties van daarnet - dat de verplichte inning van remgeld een vrij zware administratieve last voor de kleinere zelfstandige organisaties zou zijn. Het gaat immers om heel lage bedragen, die werklast met zich brengen, omdat het remgeld onder andere dient te worden gefactureerd en de betaling ervan opgevolgd. Daarmee komen wij bij het aspect van de toegankelijkheid van de zorg en de betrokkenheid van de patiënt.

Wat dat laatste betreft, moeten wij er toch over waken dat de patiënt kennis kan nemen van de effectieve kostprijs van de thuisverpleegkundige zorg. Apothekers hanteren bijvoorbeeld als richtlijn dat de totaalprijs van een medicijn op het ticket komt, zodat de patiënt weet hoeveel een geneesmiddel eigenlijk kost en wat hij ervoor betaalt. Men zou naar analogie daarvan een gelijkaardige richtlijn voor de facturatie van de thuisverpleegkundige zorg kunnen uitwerken, zodat het publiek zich daar toch bewust van wordt. Dat kan een eerste stap naar mee betrokkenheid zijn en daarvoor hoeven we niet eens de inning van remgeld bij wet te verplichten.

08.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je vous remercie. Vous parlez à nouveau du maximum à facturer comme mécanisme de protection. Cependant, il apparaît clairement dans le rapport que seulement 16 % des tickets modérateurs sont couverts par le maximum à facturer. La majeure partie des tickets modérateurs

est bel et bien payée par les patients.

Ensuite, vous devez présenter ce rapport au gouvernement et expliquer à quel point cette hausse des tickets modérateurs va à l'encontre d'une véritable vision de santé publique. À long terme, les soins risquent de coûter davantage, car cette mesure ne génère pas de réelles économies: les Belges paient déjà une part importante de leurs soins de leur propre poche, et vous transférez encore davantage le coût vers les malades. Aujourd'hui, ce sont eux qui paient la facture.

Cette mesure va également à l'encontre de l'exposé d'orientation politique que vous avez présenté en début de mandature. Je l'ai relu et qu'y ai-je trouvé? Que les soins de santé doivent être accessibles et abordables pour tous. Vous y écrivez notamment vouloir renforcer les dispositifs existants, comme le maximum à facturer. À plusieurs reprises, votre texte insiste sur la nécessité de garantir un accès effectif aux soins de santé. Or vous faites tout le contraire. Ce n'est pas correct.

J'aimerais également vous interroger sur les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM). Peut-on aujourd'hui garantir qu'ils seront réellement protégés? Lorsque j'entends certains discours politiques évoquant une remise en cause du statut BIM, je m'interroge. Les personnes qui bénéficient aujourd'hui de cette protection le seront-elles encore demain?

Une chose est certaine: si l'on adopte une véritable approche de santé publique, il ne faut pas augmenter les tickets modérateurs. Au contraire, il faut garantir des soins de santé accessibles et correctement organisés.

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

**09 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het sondevoedingsbeleid" (56016291C)**
**09 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière d'alimentation par sonde" (56016291C)**

09.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

*Drie jaar na de invoering van het huidige sondevoedingbeleid stellen we vast dat er voor kwetsbare gezinnen nog steeds geen structurele verbetering is gekomen. Een casu: een kind van 5 jaar met een fysieke en mentale beperking, waarvan de ouders door financiële nood het kind om de dag sondevoeding toedienen in plaats van dagelijks, simpelweg omdat zij de kosten niet kunnen dragen. Bovendien worden voedingsleidingen tot drie weken hergebruikt, terwijl de Europese richtlijnen voorschrijven dat deze dagelijks vervangen moeten worden. Dit brengt ernstige gezondheidsrisico's met zich mee. Niet elk gezin heeft de financiële draagkracht om sondevoeding en benodigdheden voor te schieten in afwachting van een gedeeltelijke RIZIV-terugbetaling. De huidige situatie treft de meest kwetsbare kinderen en gezinnen het hardst.*

*Graag verneem ik het volgende van u:*
*Welke concrete maatregelen plant u om de voorfinanciering door gezinnen weg te werken en over te stappen naar een directe terugbetaling of terbeschikkingstelling?*
*Hoe garandeert u dat de Europese veiligheidsrichtlijnen rond het gebruik van medisch materiaal, zoals voedingsleidingen, worden nageleefd — ook door gezinnen in financiële nood?*
*Overweegt u een uitbreiding van de terugbetalingspercentages specifiek voor kinderen met een meervoudige beperking die langdurig afhankelijk zijn van sondevoeding?*
*Kan er gekeken worden naar de maximumfactuur om mensen verder te helpen?*

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, sinds februari 2025 is de terugbetaling van enterale sondevoeding hervormd, waarbij de forfaits voor tussenkomsten werden verhoogd. Een diëtist wordt sindsdien betrokken bij de opstart en eventuele verlenging om de nutritionele behoeften van de patiënt te bepalen en zo de meest geschikte producten voor te schrijven.

Momenteel wordt door de werkgroep medische voeding onderzocht hoe een derde-betalersregeling kan worden toegepast voor verschillende actoren. Dat is administratief niet zo eenvoudig. Daarvoor moet het eerst mogelijk zijn dat de STHA's een overeenkomst kunnen sluiten met de VI's. De mogelijkheid daartoe wordt momenteel onderzocht, maar dat is een complex proces.

Daarnaast wordt bekeken op welke manier een lijst met vergoedbare voedingsproducten kan worden opgesteld, waarbij zowel de publieksprijs als de vergoedingsbasis duidelijk worden vastgelegd. Het uiteindelijke doel is om de dagforfaits te

veranderen in een vergoeding gebaseerd op effectief verbruik, aangezien dat zeer variabel is.

Wat uw tweede vraag betreft, de terugbetaling voor het gebruikte materiaal wordt ook verhoogd in 2025 en uitgebreid naar een vergoeding per stuk in plaats van per dag.

Wat uw derde vraag betreft, door de terugbetaling aan te passen op basis van effectief verbruik, zou er ook een betere vergoeding moeten zijn voor kinderen die veel en langdurig enteraal moeten worden gevoed.

Wat uw vierde en laatste vraag betreft, de kosten van enterale sondevoeding tellen mee voor het bereiken van het maximumbedrag van de MAF voor jongeren onder de 19 jaar.

09.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, zei u nu dat de kosten van de enterale voeding en de hulpmiddelen meetellen?

09.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: De kosten van enterale sondevoeding tellen mee voor het bereiken van het maximumbedrag van de MAF voor jongeren onder de 19 jaar, maar ik durf geen precisering te geven. Ik zal het navragen.

09.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik denk dat daar het probleem zit.

09.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, ik vrees het ook.

09.07 **Kathleen Depoorter** (N-VA): De leidingen worden niet of onvoldoende terugbetaald, waardoor ze opnieuw worden gebruikt en waardoor er geen garantie is op een veilig gebruik voor de patiënten. De richtlijn schrijft voor dat elke dag een nieuwe voedingsleiding moet worden gebruikt. Door het tekort aan terugbetaling worden die leidingen telkens opnieuw gebruikt. U weet dat die geïnfecteerd kunnen raken en problemen kunnen veroorzaken.

09.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal dat verder bekijken. Dat is een goed punt.

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

De **voorzitter**: De vraag nr.°56016296 van mevrouw Kathleen Depoorter wordt ingetrokken. Vraag nr. 56016334C van de heer François De Smet en de vragen nr. 56016382C en nr. 56016385C van de heer Hervé Cornillie worden uitgesteld.

**10 Samengevoegde vragen van**
**- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De taskforce over agressie" (56016393C)**
**- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De federale taskforce 'Preventie en aanpak van agressie tegen Zorgverleners'" (56016468C)**
**- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanpak van agressie tegen hulpverleners en zorgverstrekkers" (56016983C)**
**10 Questions jointes de**
**- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le groupe de travail dédié aux agressions" (56016393C)**
**- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La task force fédérale "Prévention et lutte contre la violence à l'égard des prestataires de soins"" (56016468C)**
**- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre les agressions visant les services de secours et les prestataires de soins" (56016983C)**

Mevrouw Bury is niet aanwezig.

10.01 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, op 19 mei is de federale taskforce Preventie en aanpak van agressie tegen Zorgverleners van start gegaan onder het voorzitterschap van dokter Pascal Vranckx.

Dat is een goede zaak De cijfers uit het onderzoek van Vias institute tonen immers aan dat de problematiek ernstig is. Bijna 90 % van het ziekenhuispersoneel en 80 % van de ambulanciers en brandweerlieden kregen het afgelopen jaar te maken met verbale agressie. Het gaat weliswaar om verbale agressie, maar het blijft agressie.

U hebt er bij de lancering terecht op gewezen dat de impact daarvan niet stopt zodra het incident voorbij is. Het vreet aan het mentaal welzijn van onze zorgverleners, leidt tot burn-outs en uitval en bedreigt uiteindelijk de continuïteit en de kwaliteit van onze gezondheidszorg. Dat kunnen en mogen we niet tolereren.

Vandaag is de aanpak op het terrein erg

versnipperd. Daarom is dat overkoepelend initiatief, samen met de ministers van Justitie en van Veiligheid en Binnenlandse Zaken, een goede stap om de strijd tegen die agressie verder te versterken.

Mijnheer de minister, wat is de concrete timing van die taskforce? Tegen wanneer verwacht u de eerste concrete beleidsaanbevelingen die naar de praktijk op het terrein kunnen worden vertaald?

Ten tweede, wat is precies de samenstelling van die taskforce? Welke verschillende disciplines en representatieve organisaties uit de brede zorgsector zijn erin vertegenwoordigd?

10.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, uit recente berichtgeving blijkt dat de overheid een taskforce opricht naar aanleiding van de toenemende agressie tegen hulpverleners. Dat is helaas geen overbodige luxe, want uit de studie van Vias institute bij 1.711 hulpverleners, waaronder brandweerlieden, ambulanciers en medisch personeel, blijkt dat 90 % van de respondenten het voorbije jaar slachtoffer werd van geweld of agressie. Meer dan 8 op de 10 kreeg te maken met verbale agressie, bijna de helft met fysieke agressie en 6 op de 10 met bedreigingen of intimidatie. Die cijfers zijn bijzonder verontrustend. Vias institute stelt ook vast dat slechts 1 op de 3 werknemers het ernstigste incident aan zijn leidinggevende meldt en dat slechts 1 op de 7 een klacht indient bij de politie.

De gevolgen zijn bovendien zwaar, want 68 % meldt stress of spanning na het meest ingrijpende incident, 51 % meldt slaapproblemen en meer dan een derde overweegt zelfs om van job te veranderen. Het Viasrapport spreekt terecht over een bijna permanent spanningsklimaat voor zorg- en hulpverleners. Meer dan 6 op de 10 respondenten heeft bovendien de indruk dat de agressie de voorbije vijf jaar is toegenomen.

Mijnheer de minister, welke concrete rol neemt u op binnen de aangekondigde taskforce tegen agressie tegen hulpverleners en zorgverstrekkers?

Welke maatregelen zult u nemen specifiek voor ziekenhuizen, spoeddiensten, ambulanciers en andere zorgactoren?

Komt er een uniforme registratie van agressie-incidenten binnen de zorgsector?

Worden ziekenhuizen en hulpdiensten ondersteund op het vlak van beveiliging, opleiding, meldprocedures en nazorg?

Welke afspraken maakt u met de ministers van Justitie, Veiligheid en Binnenlandse Zaken en Werk, zodat die taskforce geen praatbarak wordt, maar effectief leidt tot de bescherming van hulpverleners en de vervolging van de agressors?

10.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal de vragen van mevrouw Bury ook beantwoorden.

De taskforce heeft tot doel om op basis van aanbevelingen en input van het werkveld, beleidsprioriteiten vast te leggen rond agressie, die multidisciplinaire technische werkgroepen de komende maanden zullen uitwerken. Het beoogde resultaat van deze werkgroepen bestaat uit concrete beleidsvoorstellen, aangevuld met operationele aanbevelingen en, waar nodig, voorstellen tot aanpassing van de regelgeving.

De taskforce heeft een looptijd van een jaar. De opstartvergadering vond plaats in mei 2026. We kunnen het volledige pakket aanbevelingen dus verwachten tegen de zomer van 2027. Er wordt evenwel geen exacte datum gegeven voor de eerste aanbevelingen. Zodra een werkgroep tot een gedragen en uitvoerbaar voorstel komt, mag de aanbeveling gemaakt worden aan de regering. We moeten dus niet wachten op het eindrapport.

Dan kom ik aan de vragen over de samenstelling. De betrokkenheid van alle relevante zorgactoren wordt verzekerd door ten eerste een brede samenstelling van de taskforce met vertegenwoordigers uit het werkveld, zoals ambulanciers, spoedverpleegkundigen, artsen, huisartsen, thuisverpleegkundigen, de brandweer en ziekenhuizen. Ten tweede nemen sociale partners en wetenschappelijke experten deel aan de taskforce. Ten derde wordt deze verzekerd door de samenstelling van de werkgroepen, die in opdracht van de taskforce elementen zullen uitwerken. In die werkgroepen zullen ook andere relevante partners, zoals de politie en de parketten, zetelen. Ten vierde is er overkoepelend een aanpak die expliciet inzet op samenwerking tussen sectoren.

Mevrouw Sneppe, u vroeg naar mijn concrete rol? De FOD Volksgezondheid staat in voor de coördinatie en het secretariaat van de taskforce. De taskforce wordt ook ondersteund door mijn andere administraties en mijn beleidscel, evenals door de beleidscellen en administraties van mijn twee collega-ministers. Het is onze opdracht om de werkzaamheden van de taskforce maximaal te faciliteren en het mogelijk te maken dat zij efficiënt kan werken. Zoals ik al zei, is het de bedoeling dat

we vervolgens aan de slag gaan met de concrete beleidsvoorstellen die uit de taskforce komen en die voorstellen, waar mogelijk, omzetten in maatregelen. Enkele maanden na afloop van de taskforce voorzien we ook in een terugkoppelmoment, zodat de taskforce op de hoogte blijft van de werkzaamheden die dan nog lopen.

Dan de volgende vraag van mevrouw Sneppe over de maatregelen. Die moeten vertrekken vanuit de concrete noden van het werkveld, met bijzondere aandacht voor de zorgomgeving waar het risico op agressie het grootst is. De technische werkgroepen werken voorstellen uit rond preventie, opleiding, de-escalatie, veilige infrastructuur, technologische ondersteuning, de rol van bewakingsdiensten, slachtofferopvang, psychosociale nazorg en een betere samenwerking tussen de zorgsector, de politie en Justitie. Daarbij bouwen we maximaal voort op de bestaande regelgeving inzake welzijn op het werk en psychosociale risico's. De aanbevelingen zullen bovendien rekening houden met de specifieke context van de verschillende zorgsettings, zoals spoeddiensten, ambulancediensten, ziekenhuizen, thuiszorg en eerstelijnszorg.

Uniforme registratie is inderdaad onze ambitie. Ze behoort tot de prioritaire opdrachten van de taskforce. Een technische werkgroep werkt aan een eenduidige definitie van agressie en aan een registratiemodel dat in de volledige zorgsector kan worden toegepast. Het uitgangspunt is eenvoudig, een incident moet slechts één keer worden geregistreerd. Dat moet leiden tot een betrouwbare federale monitoring en een beter onderbouwd beleid. Daarnaast onderzoekt de werkgroep hoe de meldingsbereidheid kan worden verhoogd en hoe melders maximaal kunnen worden beschermd, met respect voor de geldende juridische en privacyrechtelijke krijtlijnen.

Wat de ondersteuning van ziekenhuizen en hulpdiensten betreft, werkt de taskforce met respect voor het subsidiariteitsbeginsel aan een structureel ondersteuningskader voor zorgorganisaties. Daarbij worden aanbevelingen uitgewerkt over opleiding, meldprocedures, psychosociale ondersteuning, slachtofferopvang, veilige werkomgevingen, technologische ondersteuning en de verspreiding van goede praktijken. Het doel is zorgorganisaties praktische instrumenten aan te reiken waarmee ze een duurzaam en geïntegreerd agressiebeleid kunnen uitbouwen, aangepast aan hun eigen organisatie en risicoprofiel.

Dan de laatste vraag, over de afspraken met collega's. Ik denk dat ik dat eigenlijk al heb gezegd. Het is de opdracht van mijn collega-ministers en mijzelf om de werkzaamheden van de taskforce maximaal te faciliteren en vervolgens aan de slag te gaan met de beleidsvoorstellen die zij uitbrengt. Ik verwijs daarvoor naar de collega's van Justitie, Binnenlandse Zaken en Werk.

10.04 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, het is een goede zaak dat de taskforce agressie een heel brede samenstelling heeft, gaande van zorgverleners tot politie, parket, sociale partners en experten. Het is ook een goede zaak dat zal worden bekeken op welke manier een overkoepelende samenwerking kan worden uitgewerkt.

Ik hoop dat er binnen de door u genoemde looptijd van één jaar ook tussentijdse aanbevelingen aan de regering kunnen worden gericht zodat de regering daar al tussentijds mee aan de slag kan gaan. Dat geldt onder meer voor de nadere uitwerking van het uniforme registratiemodel om een duidelijk zicht te krijgen op agressiegevallen ten aanzien van onze zorgverleners. Dat lijkt mij een absolute noodzaak om een en ander zo spoedig mogelijk te kunnen invoeren.

10.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden. Het is erg en vooral jammer dat een dergelijke werkgroep in het leven moet worden geroepen, maar dat is helaas meer dan broodnodig.

De zorgomgeving zou bij uitstek een veilige omgeving moeten zijn, zowel voor de patiënt als zeker ook voor de zorgverlener. Daarom moet er een nultolerantie zijn tegenover geweld tegen zorgverleners. Dat moet kordaat worden aangepakt, zowel geweld tegen zorgverleners als geweld tegenover de patiënt zelf.

Er is nog heel wat werk aan de winkel. Wij willen zeker nog meegeven dat ook moet worden nagedacht over de security die actief is in ziekenhuizen, zodat die mensen de nodige instrumenten krijgen om agressie tegen zorgverleners en patiënten te kunnen bestrijden. Nu moeten zij agressors vaak zonder afdoende middelen een aanzienlijke tijd in bedwang houden tot de politie ter plaatse is. Dat duurt lang. Dat neemt niet vijf minuten in beslag, maar vaak tien minuten. Hou maar eens tien minuten een agressor in bedwang zonder dat u daarvoor de nodige middelen hebt om de agressor bijvoorbeeld te immobiliseren of dergelijke.

Ik hoop dus dat dat inderdaad ook wordt meegenomen in het takenpakket van de taskforce, zodat het securitypersoneel zijn werk op een fatsoenlijke wijze kan doen en ook niet hoeft te vrezen voor lijf en leden wanneer het zijn werk doet. Wij zullen het dossier uiteraard blijven opvolgen en u mag daarover zeker nog bijkomende vragen verwachten van onzentwege.

Ik dank u nogmaals voor de antwoorden.

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

De **voorzitter**: Wij hebben geen nieuws van de heer Patrick Prévot. Zijn vraag nr. 56016394C vervalt dus.

**11 Questions jointes de**
**- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de soins orthodontiques" (56016427C)**
**- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les traitements orthodontiques" (56016889C)**
**- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme annoncée des soins orthodontiques pour les enfants" (56016957C)**
**- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'annonce de la réforme des soins orthodontiques pour enfants" (56017236C)**
**11 Samengevoegde vragen van**
**- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van orthodontische zorg" (56016427C)**
**- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De orthodontische behandelingen" (56016889C)**
**- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aangekondigde hervorming van de orthodontische zorg voor kinderen" (56016957C)**
**- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aangekondigde hervorming van de orthodontische zorg voor kinderen" (56017236C)**

11.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag

*Wij steunen de zoektocht om de financiële toegankelijkheid van orthodontische zorg voor kinderen en jongeren te verbeteren. De aangekondigde uitbreiding van de maximumfactuur kan voor veel gezinnen een belangrijke ondersteuning betekenen. Tegelijk roept deze maatregel enkele vragen op over de financiële onderbouwing van deze uitbreiding, de evaluatie van de maximumfactuur zoals voorzien in het regeerakkoord, en de mogelijke opname van andere zorgkosten met een grote financiële impact op patiënten en gezinnen.*

*Graag verneem ik het volgende van u:*

*Hoe is de regering tot de raming van ongeveer 15 miljoen euro gekomen voor de uitbreiding van de maximumfactuur naar orthodontische behandelingen? Op welke aannames, patiëntenaantallen en terugbetalingsgegevens is deze berekening gebaseerd? Kan de minister de financiële onderbouwing van dit bedrag toelichten? Het regeerakkoord bepaalt expliciet dat de maximumfactuur en de aanwending van de beschikbare middelen zouden worden geëvalueerd. Wat is de stand van zaken van deze evaluatie? Is deze reeds opgestart of afgerond? Welke conclusies werden daaruit getrokken en welke beleidsaanbevelingen vloeien hieruit voort? Onderzoekt de minister binnen deze evaluatie ook in welke mate andere zorgkosten die vandaag een aanzienlijke financiële impact hebben op patiënten en gezinnen, zoals medische voeding en zorgvoeding, in aanmerking kunnen komen voor opname binnen de maximumfactuur?*

11.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik wil u verzoeken om ook de vragen van mijn collega te beantwoorden. Die kon hier niet onmiddellijk aanwezig zijn wegens een andere afspraak gelijktijdig met deze vergadering. Door de vele afwezigheden gaat het hier echter sneller vooruit dan gepland.

11.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Men moet toch niet alleen geïnteresseerd zijn in de eigen vragen, denk ik zo. Zijn de antwoorden op de vragen van de collega's dan zo verschrikkelijk oninteressant? Mevrouw Bury is hier echter gewoonlijk stipt aanwezig, dus ik wil haar niet persoonlijk viseren.

Om te beginnen maakt mijn ambitie om orthodontische behandelingen in de maximumfactuur op te nemen deel uit van wat ik

wil voorleggen tijdens de begrotingsbesprekingen van de regering en de betrokken actoren voor de gezondheidsbegroting 2027.

De regelgeving inzake de maximumfactuur valt juridisch niet onder de bevoegdheid van de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen. Met andere woorden, de orthodontisten hebben vanuit die commissie geen formele adviesbevoegdheid over de maximumfactuur zelf. De maximumtarieven of richttarieven waarop deze maatregel inzake orthodontie steunt, werden wel in overleg tussen de verzekeringsinstellingen, de orthodontisten en de tandartsen vastgelegd in het Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen 2026-2027. Die maximumtarieven zijn al van toepassing.

Ik wil dus de financiële toegankelijkheid van de daaraan verbonden zorg versterken. Wat mij betreft, gaat het dus niet om een bijkomende beperking van supplementen in de orthodontie, maar om een bescherming van patiënten aan wie maximumtarieven worden aangerekend via het principe van de maximumfactuur. Mijns inziens zou dit een mooi complement zijn bij het akkoord zelf. Het akkoord heeft ertoe geleid dat het aantal geconventioneerde orthodontisten aanzienlijk is gestegen, van 20 % naar 40 %. Die richttarieven, die maximumtarieven, zullen trouwens van toepassing zijn zowel voor patiënten die recht hebben op een verhoogde tegemoetkoming als voor patiënten die daar geen recht op hebben.

Ik denk niet dat het capteren van die nieuwe richttarieven in de maximumfactuur voor orthodontie een negatieve impact zal hebben op het aanbod van zorg, de wachttijden, de kwaliteit van de zorg of de vrije keuze. Ik begrijp dat soort opmerkingen niet goed.

Wat is dan de budgettaire impact? In de voorbereiding van de begrotingsbesprekingen heb ik de berekening laten maken. Het betreft 14,5 miljoen euro om orthodontische behandelingen voor kinderen in de maximumfactuur op te nemen als die maximumtarieven worden toegepast. Dat betekent dat gezinnen met kinderen jonger dan 19 jaar eerst remgelden zullen dragen tot aan het jaarlijkse plafond van de maximumfactuur. Daarna stopt dat. Dat is de zogenaamde kind-MAF, die 792,35 euro per jaar bedraagt.

Let wel op met dat bedrag. Ik heb dat gebruikt in de publieke communicatie en meegedeeld dat er een plafond is voor kinderen van 792 euro. Bij een gezin met een bijzonder laag inkomen of met een statuut voor verhoogde tegemoetkoming kan voor dat hele gezin het plafond van de maximumfactuur echter nog lager liggen. Dan slaat die beperking op de orthodontie nog sneller toe.

Aanvullende verzekeringen kunnen uiteraard ook een financiële bijdrage leveren, maar zodra het plafond bereikt is, worden extra uitgaven volledig gedragen door de verplichte ziekteverzekering.

Het bedrag van 14,5 miljoen euro is een raming, gebaseerd op de verwachte impact van de integratie van de maximumtarieven in de berekening van de maximumfactuur. Omdat die tarieven pas sinds 1 januari van dit jaar van kracht zijn, is dat een inschatting. We zullen dat verder moeten verfijnen op basis van de facturen en de gebruiksgegevens die binnenkomen.

Naar mijn mening zal deze maatregel geen impact hebben op aanvullende verzekeringen. De verplichte verzekering zal een groter deel van de kosten van de patiënt capteren wanneer die patiënt onder zo'n maximumtarief of richttarief valt.

Mevrouw Depoorter, u hebt dit onderwerp terecht aangegrepen om de discussie te verruimen tot een verdere verbetering van de maximumfactuur. Dat die maximumfactuur administratief en technisch nog moet worden verbeterd, is opgenomen in de ontwerpbestuursovereenkomst tussen de overheid en het RIZIV voor de periode 2026-2030.

Tijdens de periode 2026–2030 moet, volgens het ontwerp van bestuursovereenkomst, worden onderzocht hoe de financiële bescherming van patiënten verder kan worden versterkt, met de ambitie om betaalbare zorg aan iedereen te geven. We zullen daarbij ook nagaan of bepaalde verstrekkingen die vandaag niet worden vergoed in aanmerking kunnen komen voor opname in de maximumfactuur.

Een analyserapport zal tegen het einde van deze legislatuur aan de werkgroep Verzekerbaarheid worden voorgelegd. Ons vorige debatje over de sondevoeding past daar in zekere zin ook in.

Ik denk dat we een inschatting maken. Die inschatting toont aan dat we met een klein bedrag grote vooruitgang zouden kunnen boeken om orthodontie, zoals beugels, voor kinderen toegankelijk te maken. Ik denk dat dit een bijzonder efficiënte maatregel zou zijn, waarvoor een relatief beperkte budgettaire inspanning nodig is.

Ik zal dat tijdens de begrotingsbesprekingen voorleggen. We zullen dat verder moeten

preciseren wanneer we de begroting afkloppen.

11.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Wat betreft die technische bijsturing, ben ik het er uiteraard mee eens dat alles moet worden bekeken. Dat geldt zeker ook voor de discussie die we daarnet gehad hebben, over bepaalde zaken die nu niet in de maximumfactuur zijn opgenomen, maar die echt wel noodzakelijk zijn, zeker voor kwetsbare gezinnen, zoals de sondevoeding waarover we het net daarnet hadden.

Wat ik mis in uw antwoord, is iets wat we ook in het regeerakkoord hebben ingeschreven, namelijk een evaluatie van de besteding van de middelen. Ik heb dat al herhaaldelijk gezegd, ook tijdens de vorige legislatuur. We stellen vast dat in december soms nog heel veel medicatie wordt voorgeschreven tot halverwege het volgende jaar, maar de vraag rijst dan of dat een optimale besteding van de middelen is. Niets garandeert immers dat een patiënt in juni van het volgende jaar nog dezelfde medicatie zal gebruiken, voorgeschreven in oktober of november. Dat zijn vragen die moeten worden onderzocht. Als we doelmatig willen werken, is het dan niet beter om per jaar te evalueren en eventueel januari en februari nog mee te nemen?

Nu is dat een vicieuze cirkel. Als men voor een langere periode voorschrijft, zal de maximumfactuur het volgende jaar minder snel in werking treden. Ik wil de aandacht vooral vestigen op het maatschappelijk verlies dat kan worden geleden wanneer dure geneesmiddelen worden voorgeschoten via de maximumfactuur, terwijl ze uiteindelijk niet nodig blijken te zijn in het volgende jaar omdat het medicatiebeleid van de patiënt intussen is gewijzigd.

Binnen de maximumfactuur kunnen we nog heel wat verbeteringen incorporeren, maar we moeten er ook voor zorgen dat het budget in balans blijft. Daarover zijn we het eens. We moeten het budget optimaal besteden. Daarom is een evaluatie van de middelen en van de besteding ervan absoluut noodzakelijk.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 56016438C en 56016473C van de dames Eggermont en Merckx zijn ingetrokken. De heer Van Lysebettens is afwezig en mevrouw Bury is nog niet terug.

**12 Questions jointes de**
**- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évaluation des critères d'exclusion liés au don de sang" (56016521C)**
**- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les critères d'exclusion du don de sang" (56017559C)**
**12 Samengevoegde vragen van**
**- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De evaluatie van de uitsluitingscriteria voor bloeddonatie" (56016521C)**
**- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitsluitingscriteria voor bloeddonatie" (56017559C)**

12.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je reviens à nouveau vers vous concernant l'évaluation des critères liés au don de sang.

En juin 2022, notre Parlement avait adopté, à l'initiative du groupe socialiste, une proposition visant à réduire de 12 à quatre mois la période d'exclusion applicable aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes pour le don de sang. Cette réforme est entrée en vigueur en juillet 2023 et constituait déjà une avancée importante. Toutefois, comme nous l'avons souligné à plusieurs reprises, les critères relatifs au don de sang doivent continuer à être régulièrement évalués à la lumière des connaissances scientifiques les plus récentes, afin de garantir à la fois la sécurité transfusionnelle et l'égalité de traitement entre les citoyens.

Force est de constater qu'aujourd'hui, la Belgique accuse un certain retard par rapport à plusieurs pays qui ont fait évoluer leur réglementation. Le Royaume-Uni, la France ainsi que, plus récemment, les États-Unis ont ainsi abandonné les critères d'exclusion fondés sur l'orientation sexuelle au profit d'une évaluation individualisée des comportements à risque. Cette approche considère que seuls les comportements présentant un risque accru de transmission d'infections doivent être pris en compte, indépendamment de l'orientation sexuelle de la personne concernée. Par ailleurs, en juillet dernier, le ministre wallon de la Santé, M. Yves Coppieters, indiquait avoir interpellé le gouvernement fédéral afin de mettre fin à ce qu'il considère également comme une discrimination à l'égard des hommes homosexuels et bisexuels.

La dernière fois que vous ai interrogé sur le sujet, vous m'avez indiqué avoir demandé aux administrations compétentes, à savoir le SPF Santé publique et l'AFMPS, de préparer une comparaison internationale à ce sujet. Ce travail a-t-il été réalisé?

Un groupe de travail ou une instance d'expertise se penche-t-il actuellement sur l'évolution de ces critères? Si oui, quelle est sa composition et quel est son calendrier de travail?

Des discussions sont-elles en cours avec les différents centres de prélèvement et les acteurs concernés au sujet d'une révision des critères d'exclusion? Si oui, quelles positions ont-ils exprimées?

Enfin, quand peut-on espérer une évolution vers un modèle reposant exclusivement sur l'évaluation des comportements à risque, sans plus de distinction fondée sur l'orientation sexuelle?

12.02 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, c'est loin d'être la première fois que nous discutons tous les deux de ce dossier. Déjà à l'époque où j'étais secrétaire d'État, nous avons eu des discussions houleuses à ce sujet. Ensuite, comme parlementaire, je vous ai aussi interrogé de nombreuses fois et vous semblez perpétuellement camper sur vos positions, affirmant qu'il serait impossible d'avancer dans ce dossier.

Pourtant, quand on explique ce dossier, qui peut paraître un peu technique, à des personnes qui ne le connaissaient pas, elles tombent de leur chaise. Imaginer qu'une législation puisse être basée sur des clichés relatifs aux pratiques sexuelles d'une communauté, en l'occurrence les personnes homosexuelles, est en effet extrêmement choquant. Ici, on part du principe que même une personne...

Je continuerai à poser ma question au ministre quand il aura terminé son entrevue.

12.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je vous écoute, madame Schlitz.

12.04 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Oui, monsieur le ministre, vous avez deux oreilles, moi aussi.

Je disais donc que cette réglementation est particulièrement choquante à partir du moment où l'on comprend qu'une loi est basée sur le préjugé selon lequel les homosexuels seraient infidèles. On considère en effet que même un homme marié avec un autre homme depuis 20 ans, qui vit une relation stable et exclusive, n'est pas éligible. Dès lors, comment qualifier autrement cette législation, si ce n'est d'homophobe? C'est évident.

Aujourd'hui, notre pays doit sortir de ces législations stigmatisantes basées sur des clichés et qui ne protègent pas la population mais continuent par contre à véhiculer des stéréotypes mettant en danger la vie des personnes homosexuelles en Belgique. Monsieur le ministre, il est grand temps d'emboîter le pas aux nombreux pays qui ont aujourd'hui laissé derrière eux ces pratiques problématiques. Il faut s'appuyer sur les véritables conduites à risque, qu'elles concernent des homosexuels, des hétérosexuels, des hétérosexuels refoulés ou autres. Ce qui importe, c'est le risque que l'on fait courir aux receveurs de dons de sang, et non de s'appuyer sur de prétendues orientations sexuelles problématiques qui n'en sont en rien.

12.05 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les critères d'exclusion temporaire des candidats donneurs liés au comportement sexuel font l'objet d'une évaluation tous les deux ans par le SPF Santé publique. Dans ce cadre, une concertation annuelle, prévue au mois de décembre, réunit le SPF Santé Publique, l'AFMPS, Sciensano, le Conseil Supérieur de la Santé et les établissements de transfusion sanguine en guise de préparation de l'évaluation.

La dernière concertation s'est tenue le 8 décembre 2025. Les établissements de transfusion sanguine et les autres instances prévues par l'arrêté royal du 25 octobre 2018 participent à cette concertation.

Les établissements de transfusion sanguine fournissent notamment un rapport fondé sur les notifications relatives à l'application des critères d'exclusion et des exceptions prévues par la réglementation.

Sciensano établit un rapport annuel sur les données épidémiologiques disponibles concernant les infections transmissibles par transfusion.

Le Conseil Supérieur de la Santé peut formuler un avis scientifique sur les critères et les périodes d'exclusion.

L'AFMPS recueille toutes ces données et évalue les rapports annuels d'hémovigilance concernant le profil de risque des HSH.

La comparaison internationale que j'ai demandée à mes administrations compétentes, à savoir le SPF Santé publique et l'AFMPS, a été reprise dans le rapport d'évaluation suite à cette concertation. Ce rapport m'a été transmis récemment et est examiné en ce moment par ma cellule stratégique Santé publique. Il sera publié à bref délai sur les sites web du SPF Santé publique et de l'AFMPS.

12.06 **Caroline Désir** (PS): Si je comprends bien votre réponse, monsieur le ministre, cette comparaison internationale intégrée dans le rapport d'évaluation vient d'être transmise et vous êtes seulement en train de l'analyser. Si c'est bien le cas, je reviendrai avec la même question d'ici la rentrée, et nous verrons alors si vous avez pu prendre pleinement connaissance de ce rapport complété.

Je pense à nouveau que, si la possibilité existe dans d'autres pays sans que cela crée des problèmes de santé publique, il n'y a pas de raison que nous ne puissions pas, nous aussi, faire évoluer notre législation en la matière.

12.07 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, vous m'avez énuméré les rapports qui sont en train d'être produits par différentes instances. Mais ce que je vous demande, c'est votre position politique sur ce dossier, qui est inadmissible. Vous rendez-vous compte que la Belgique empêche certains hommes de donner leur sang parce qu'ils ont des relations sexuelles avec des hommes? Il est évident que cette interdiction part du principe que ces personnes sont infidèles et ont des relations sexuelles avec d'autres personnes qui pourraient les contaminer.

C'est ce principe extrêmement choquant et problématique que nous visons. Nous ne voulons pas faire prendre des risques à la population ni donner plus de travail aux instances qui gèrent les dons de sang. Il s'agit ici d'une simple évidence: nous devons nous baser sur les pratiques à risque, et non pas sur un principe qui voudrait que tout homme qui a des relations sexuelles avec des hommes ne peut pas donner son sang.

J'imagine que vous percevez la dimension extrêmement problématique de cette législation, qui n'a pas lieu d'être aujourd'hui dans un pays comme le nôtre. Je pense que c'est là ce que nous attendons de la part du ministre de la Santé: un signal politique fort qui mettrait un terme à ces législations discriminantes.

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

**13 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le manque de visibilité de la vaccination HPV dans la population" (56016538C)**
**13 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De geringe bekendheid van de HPV-vaccinatie bij de bevolking" (56016538C)**

13.01 **François De Smet** (DéFI): *Une étude publiée ce matin révèle que plus de la moitié des Belges ignorent encore que le virus HPV peut provoquer plusieurs formes de cancer – du col de l'utérus, bien sûr, mais aussi de la gorge, de l'anus ou du pénis –. Ce taux d'ignorance est particulièrement frappant pour un virus contre lequel nous disposons d'un vaccin efficace depuis des années.*

*Cette étude intervient au moment où depuis le 1er juin 2026 , le remboursement du vaccin Gardasil contre le HPV sera étendu à tous les jeunes adultes de 19 à 30 ans. Les groupes à haut risque, tels que les patients porteurs du VIH, les patients qui ont subi une greffe de cellules souches et les patients en attente d'une greffe d'organe, bénéficient du remboursement du vaccin jusqu'à l'âge de 45 ans.*

*La vaccination HPV est certes recommandée et remboursée chez les filles, mais la couverture chez les garçons reste très insuffisante, et les campagnes de sensibilisation peinent visiblement à atteindre une large partie de la population.*

*En conséquence, monsieur le ministre, quelles sont les actions de communication spécifiques prévues pour corriger ce déficit d'information? Quel est le taux de couverture vaccinale actuel chez les garçons, et quels objectifs se fixe votre département à l'horizon 2027? Des moyens supplémentaires seront-ils alloués aux centres de vaccination pour faire face à une éventuelle hausse de la demande?*

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur De Smet, je rappelle d'abord une avancée importante décidée au niveau fédéral. Depuis le 1er juin, le remboursement du vaccin contre le HPV a été élargi aux jeunes adultes de 19 à 30 ans, ainsi qu'à certains groupes à haut risque jusqu'à l'âge de 45 ans.

C'est une mesure concrète qui permet de rattraper

une partie du retard de vaccination et de lever un obstacle financier important pour une génération qui n'a pas toujours bénéficié des mêmes possibilités d'information et de prévention. La prévention et l'éducation à la santé relèvent d'abord des entités fédérées. Ce sont donc elles qui décident des campagnes de sensibilisation, notamment à destination des jeunes adultes, des parents et des garçons.
Évidemment, je considère cela comme très important. De plus, notre décision d'étendre le remboursement du vaccin que je viens de mentionner peut constituer une motivation supplémentaire d'agir pour d'autres niveaux de pouvoir.

J'ai assisté, voici deux semaines, au lancement d'une campagne dans la commune de Genk, avec notamment le concours de Solidaris, de la province du Limbourg, des pharmaciens et des médecins généralistes. Cette campagne vise, à terme, à faire de Genk une commune *HPV-vrij*. Je trouve cette initiative extrêmement porteuse et intéressante. J'espère que d'autres villes suivront cet exemple.

Ensuite, la couverture vaccinale chez les garçons reste insuffisante. C'est absolument vrai. Les chiffres de couverture sont suivis par les entités fédérées. Comme je l'ai dit, elles sont compétentes pour la vaccination, mais j'espère qu'elles se trouvent motivées pour agir davantage.

Enfin, l'organisation des centres de vaccination relève aussi des entités fédérées. Nous suivrons, avec elles, l'évolution de la demande, afin d'adapter les stratégies de vaccination si nécessaire. La vaccination actuelle avec le Gardasil ne passe toutefois pas par les centres de vaccination; elle est, dans la plupart des cas, administrée par le médecin généraliste.

13.03 **François De Smet** (DéFI): Je vous remercie, monsieur le ministre.

J'espère que les entités fédérées prendront la balle au bond des avancées sur le remboursement accru du vaccin. Je pense qu'il faudrait une campagne HPV, si possible, nationale, et visant davantage les garçons. Je sais bien que ce sont là, d'abord, les compétences des entités fédérées, mais il n'y a rien à faire: même lorsqu'il y a un enjeu préventif, un signal du niveau fédéral fait parfois beaucoup d'effet.

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

**14 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mise en place d'un trajet de soins pour les personnes souffrant d'épilepsie" (56016566C)**
**14 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een zorgtraject voor epilepsiepatiënten" (56016566C)**

14.01 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, l'épilepsie touche environ 80 000 personnes en Belgique. Cette maladie chronique neurologique complexe, aux conséquences majeures sur la qualité de vie. Les conséquences socio-économiques sont considérables: le coût annuel est évalué à environ 1,25 milliard d'euros, et Sciensano recense chaque année près de 39 435 années vécues en incapacité du fait de cette pathologie - un impact comparable à celui du diabète.*

*Or, malgré cette ampleur, les patients souffrant d'épilepsie ne bénéficient pas d'un trajet de soins INAMI, alors même qu'un tel cadre existe pour d'autres pathologies chroniques de poids comparable (diabète, insuffisance rénale chronique). En dehors de la consultation annuelle chez le neurologue, il est aujourd'hui très difficile d'accéder à un accompagnement spécialisé - infirmiers éducateurs en épileptologie, psychologues formés aux troubles associés, soutien à la gestion du quotidien. Les centres de référence eux-mêmes (Lennox, UCL, Érasme) n'ont pas le cadre INAMI nécessaire pour engager ce personnel.*

*Je rappelle par ailleurs que le 23 mars 2017, le Parlement fédéral a adopté une résolution en faveur des personnes souffrant d'épilepsie, demandant au gouvernement de mettre en place un réseau de soins dédié, en collaboration avec les entités fédérées. Huit ans plus tard, aucune démarche officielle n'a été entreprise dans ce sens. La Ligue Francophone Belge contre l'Épilepsie et l'Epilepsie Liga, qui rassemblent neurologues, neuropédiatres et représentants de patients, ont récemment lancé une pétition et publié une carte blanche dans La Libre (10 février 2025) pour rappeler l'urgence d'agir.*

*Mes questions, monsieur le ministre, sont les suivantes: Comment expliquez-vous qu'aucune mise en œuvre de la résolution de 2017 n'ait eu lieu en huit ans? Un groupe de travail INAMI est-il saisi, ou envisagez-vous de le saisir, de la question d'un trajet de soins dédié à l'épilepsie? Dans quel délai?*

*Quels sont les freins concrets à l'extension du modèle des trajets de soins existants (diabète, IRC) à l'épilepsie? Comment entendez-vous articuler ce travail avec les entités fédérées, en particulier sur les volets éducation, aide sociale et santé mentale? Quelle place comptez-vous donner aux associations représentatives (LFBE, Epilepsie Liga) dans l'élaboration de cette réponse?*

*Je vous remercie d'avance pour vos réponses.*

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La charge de morbidité liée à l'épilepsie en Belgique est évaluée dans l'étude *Belgian National Burden of Disease Study*, qui s'appuie sur les données nationales et infranationales les plus récentes. Cette étude fournit notamment des estimations de la prévalence, de la mortalité, de la morbidité et des années de vie en bonne santé perdues, ventilées par région, par tranche d'âge et par sexe. Elle permet d'observer l'évolution de la charge de morbidité liée à l'épilepsie au fil du temps, ainsi que les différences régionales.

Les conventions conclues entre l'INAMI et les centres de référence pour l'épilepsie réfractaire règlent le financement de prestations spécifiques pour cette pathologie, en complément des mécanismes de remboursement existants. Ces conventions ne prévoient pas de plafond budgétaire. Le financement est proportionnel aux activités effectivement réalisées. D'éventuelles listes d'attente sont donc probablement liées à des contraintes de capacité chez les médecins spécialistes. Cependant, depuis l'adoption de cette résolution, aucun signal du terrain concernant d'éventuelles listes d'attente n'est parvenu à l'INAMI. Pour autant, je demanderai à l'INAMI de procéder à une évaluation de la convention existante afin d'examiner si certaines actualisations ou adaptations sont nécessaires. Sur cette base, des pistes de renforcement pourront, le cas échéant, être discutées avec les acteurs concernés.

Enfin, des concertations structurelles existent entre l'autorité fédérale et les entités fédérées pour les compétences partagées. En ce qui concerne le volet de l'éducation, qui relève de leurs compétences exclusives, nous veillons à une articulation cohérente au travers des instances de coopération existantes.

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

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

**15 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins palliatifs" (56016575C)**
**15 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Palliatieve zorg" (56016575C)**

15.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): *Monsieur le ministre,*

*Les besoins en soins palliatifs sont croissants et l'offre de soins actuelle ne permet pas de répondre à l'ensemble des besoins malgré l'excellent travail réalisé par toutes les personnes impliquées dans les soins palliatifs.*

*L'accord de gouvernement prévoit que "les soins palliatifs restent une mission importante. Nous élaborons une réforme du statut palliatif sur la base des études du KCE et de la préparation de l'INAMI a ce sujet. Nous élaborons une stratégie visant à améliorer l'accompagnement en fin de vie et à accroitre le financement et la capacité des soins palliatifs, avec une intégration plus précoce dans le parcours de soins et une meilleure coordination entre les différents prestataires de soins. Nous évaluons la planification anticipée des soins (advanced care planning – ACP) et la renforçons le cas échéant. Le statut et le forfait palliatifs doivent être renforcés et davantage alignés sur la réalité du patient."*

*Lors des débats au sujet de votre NPG, vous avez indiqué souhaiter "qu'un trajet de soins palliatifs intégré soit mis en place. Il sera élaboré sur la base d'initiatives des communautés, de rapports pertinents du KCE, en concertation avec la cellule d'évaluation des soins palliatifs, et en accordant une attention particulière aux soins palliatifs pédiatriques, pour lesquels le ministre attend un rapport cette année encore."*

*Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes:*

*Où en est l'élaboration du "trajet de soins intégrés soins palliatifs"?*
*Pourriez-vous nous éclairer quant à la concertation déjà menée à ce sujet ou prévue prochainement avec les acteurs concernés (cellule fédérale d'évaluation des soins palliatifs, coupoles d'associations de patients et de proches, INAMI, institutions de soins, professionnels de la santé, …)?*

*Quand ce trajet de soins sera-t-il mis en œuvre?*
*Comment ce trajet de soins va-t-il s'articuler avec les engagements pris dans l'accord de gouvernement d'accroitre le financement et la capacité en soins palliatifs, ainsi que de renforcer le statut et le forfait palliatifs?*
*Quand allez-vous recevoir le rapport concernant les soins palliatifs pédiatriques?*
*Comptez-vous mettre ce point à l'agenda d'une prochaine CIM Santé en vue d'assurer une stratégie efficace et coordonnée d'amélioration des soins palliatifs dans notre pays?*
*Je vous remercie pour vos réponses.*

15.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, au sein de l'INAMI, un projet transversal a été lancé en vue de l'élaboration d'un *blueprint* pour un trajet de soins intégrés en matière de soins palliatifs. Cette mission nécessite une préparation approfondie ainsi qu'une analyse systématique des initiatives en cours, tant au niveau des différents pouvoirs publics que du secteur privé.

Les études disponibles du KCE constituent un cadre de référence important, dans la mesure où elles offrent une vision globale des besoins en soins palliatifs du paysage actuel des soins ainsi que des recommandations pertinentes en vue d'une organisation plus intégrée et cohérente. Un sous-groupe de travail composé d'acteurs de terrain s'est déjà penché sur la formulation de propositions concrètes et réalisables visant à réduire les soins inutiles en fin de vie, sans porter atteinte à la qualité des soins. Le lancement effectif des travaux du groupe de travail transversal consacré au trajet de soins palliatifs dans sa configuration complète est prévu au mois d'octobre de cette année, après la finalisation des travaux préparatoires et la disponibilité de l'ensemble des études demandées au KCE.

Cette planification permet d'assurer dès le départ une approche intégrée incluant notamment les recommandations relatives aux soins palliatifs pédiatriques. L'achèvement des travaux de ce groupe de travail est prévu pour la fin de l'année 2028. Ceux-ci serviront de base à la phase réglementaire du trajet de soins palliatifs. L'INAMI n'a pas attendu une CIM Santé publique pour entrer en contact avec les personnes appropriées afin d'assurer un déroulement efficace et coordonné du projet. Par ailleurs, l'INAMI a répondu favorablement aux invitations à participer aux initiatives flamandes en matière de soins palliatifs. Une coordination adéquate ainsi qu'une contribution constructive de part et d'autre seront recherchées au sein de la Conférence interministérielle.

15.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, lorsque l'on parle de soins palliatifs, on pense souvent à la fin de vie. Pourtant, il s'agit avant tout de soins s'adressant aux personnes vivantes. Il est très important de le souligner. Je pense qu'il y a un véritable travail de communication à mener sur cette question, car elle suscite encore beaucoup de peur. À mes yeux, le véritable enjeu sera de parvenir à une stratégie interfédérale. Vous avez d'ailleurs évoqué le rôle de la CIM à cet égard. J'ai hâte de voir le rapport afin que les soins palliatifs deviennent plus accessibles et soient encore améliorés.

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

**16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het TP53-donordossier" (56016576C)**
**16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le dossier relatif à un donneur porteur d'une anomalie TP53" (56016576C)**

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb opnieuw een vraag over het recente donorschandaal, naar aanleiding van een artikel in de pers. Ik las dat het aantal donorkinderen met de TP53-mutatie, die zorgt voor een verhoogd kankerrisico, internationaal ondertussen is opgelopen tot 210. Julie, een van de Deense donorkinderen, roept haar halfbroers en -zussen op om een genetische screening te laten uitvoeren, zodat zij goed zouden kunnen worden opgevolgd. Zij doet dat ook omdat bij haar al enkele keren kanker werd vastgesteld.

Het lijkt mij dan ook belangrijk dat zoveel mogelijk gehoor wordt gegeven aan de boodschap en dat de nodige opvolging wordt verzekerd.

Mijnheer de minister, weten wij ondertussen hoeveel gekende donorkinderen van die specifieke TP53-donor er zijn? Staat dat aantal nog altijd op 210? Kunt u ook aangeven hoe dat aantal over de verschillende landen is verdeeld?

Weten wij of de donorkinderen in ons land effectief worden opgevolgd met betrekking tot mogelijke medische problematiek? Wordt ook in begeleiding voorzien voor de ouders of de gezinnen? Ik kan mij immers voorstellen dat daaraan soms behoefte is.

Weten we hoeveel kinderen de specifieke mutatie hebben overgeërfd en hoeveel dat er in elk land zijn?

Op welke manier wordt daarover internationaal overlegd en gecommuniceerd? Is er internationaal wetenschappelijk overleg en worden de kinderen opgevolgd in expertisecentra?

Zijn er op Europees niveau vorderingen gemaakt naar aanleiding van de brief die u daarover aan de voorzitter hebt gestuurd?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, het FAGG kan alleen het aantal kinderen voor België bevestigen. Voor ons land gaat het om 53 gekende donorkinderen van die specifieke donor. Het FAGG beschikt helaas niet over informatie over de verdeling van de betrokken kinderen over de andere landen.

In het kader van dat dossier heeft het FAGG contact opgenomen met de bevoegde Deense overheden en de spermabank ESB om de nadere samenwerking te versterken.

Over het aantal kinderen dat de specifieke mutatie heeft overgeërfd, worden geen gegevens bekendgemaakt. Zoals eerder in de commissie werd toegelicht, is in het dossier door de betrokken ouders om discretie gevraagd. Daarom wordt niet gecommuniceerd over individuele testresultaten of aantallen die daaruit kunnen worden afgeleid.

Voor de medische opvolging heeft het FAGG de fertiliteitscentra verzocht om contact op te nemen met de betrokken gezinnen en een genetisch consult aan te bieden. Voor minderjarige kinderen beslissen de ouders als wettelijke vertegenwoordigers of zij op dat aanbod ingaan. De opvolging van de patiënten valt onder de verantwoordelijkheid en bevoegdheid van de artsen.

Het FAGG heeft de fertiliteitscentra er ook op gewezen dat de betrokken gezinnen correct moeten worden geïnformeerd over zowel de overschrijding van de quota als de relevante medische gegevens.

Wat de begeleiding betreft, bepaalt de wetgeving dat fertiliteitscentra betrouwbare informatie over medisch begeleide voortplanting moeten verstrekken en psychologische begeleiding moeten aanbieden vóór en tijdens het traject.

Er werd een antwoord van de Europese Commissie ontvangen. Daarin verwijst de Commissie naar de nieuwe SOHO-verordening, die de kwaliteit, de traceerbaarheid en de opvolging van ernstige genetische risico's moet versterken. Tegelijk geeft de Commissie aan dat verdere Europese afstemming over donorregistratie en maximumlimieten complex is, gelet op de uiteenlopende nationale systemen en bevoegdheden. Ik denk dan ook dat we op Europees niveau echt moeten blijven aandringen op actie.

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Inderdaad, mijnheer de minister, dat denk ik ook. Ik begrijp dat het FAGG niet de autoriteit heeft om internationale gegevens te bevestigen, maar tegelijk vind ik het wel vreemd dat er geen meer uitgesproken coördinatie bestaat op internationaal vlak.

Er is geen voortdurende uitwisseling van informatie. Dat gebeurt misschien wel tussen artsen individueel, maar blijkbaar niet tussen de verschillende landen en de verschillende bevoegde instanties. Ik denk dat we dat voor de toekomst moeten verankeren en ervoor moeten zorgen dat internationaal telkens de meest recente informatie ter beschikking wordt gesteld.

Ook wat de medische opvolging betreft, is het belangrijk dat de meest recente informatie wordt uitgewisseld tussen artsen, maar ook met de betrokken families en kinderen. Ouders zijn inderdaad, zolang de kinderen niet meerderjarig zijn, verantwoordelijk om al dan niet informatie door te geven aan hun kinderen. Ik hoop dat de fertiliteitscentra hun opdracht uitvoeren om de juiste informatie te verstrekken en ook aan te dringen op opvolging en medische begeleiding. Het zou echt zonde zijn als ook bij ons een aantal kinderen getroffen zouden zijn door de mutatie en daardoor eventueel te laat in opvolging zouden terechtkomen. Hoe sterker we daarop kunnen aandringen en hoe meer we daarop kunnen inzetten, hoe beter dat zal zijn voor de betrokken kinderen.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen 56016592C van mevrouw De Knop en 56016705C van mevrouw Eggermont vervallen. Vraag 56016593C van mevrouw De Knop vervalt. Vraag 56016609C van mevrouw Eggermont vervalt. De vragen 56016617C en 56016618C van mevrouw De Knop vervallen.

**17 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken,**

**Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De artsenlonen" (56016633C)**
**17 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les honoraires des médecins" (56016633C)**

17.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je pense que ma collègue Natalie Eggermont vous a déjà questionné sur le sujet, je vous poserai donc plutôt une question de suivi.

Il y a quelques semaines, un travail journalistique assez impressionnant a été fait par le journal *De Morgen*, qui a étudié les revenus des médecins se mettant en société. Les chiffres étaient assez interpellants, certains spécialistes gagnant tout de même jusqu'à 39 000 euros par mois. Il est un peu insensé que nous devions apprendre les revenus des médecins spécialistes via du journalisme d'investigation.

Après le débat en plénière sur cette question, vous avez donné des interviews dans la presse et indiqué que les choses allaient devoir changer. Vous avez notamment mis en avant la réforme des nomenclatures, par le biais de laquelle vous voulez réviser les prestations et leur donner un poids selon leur risque, leur complexité et leur durée. Cette réforme des nomenclatures aura aussi une influence sur la réforme des hôpitaux. En effet, l'INAMI a calculé que, sur les 12 milliards d'honoraires destinés aux médecins spécialistes, 4 pourraient aller directement aux hôpitaux et ainsi ne plus transiter par les fameuses rétrocessions. Je voulais vous poser une question de suivi à ce sujet.

Où en êtes-vous de ce point de vue? Pouvez-vous nous dire ce que vous avez pensé de cette étude? Vous avez aussi déclaré qu'il aurait fallu faire cette réforme il y a 25 ans déjà. Or il me semble que vous étiez déjà ministre à cette époque.

Par ailleurs, trouvez-vous normal que nous devions lire ces informations dans la presse? Avez-vous prévu de prendre des mesures pour garantir une transparence sur les honoraires des médecins vis-à-vis du public? En effet, c'est largement avec de l'argent public que les médecins sont payés.

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, we hebben daar al over gesproken met mevrouw Eggermont, in de plenaire vergadering. Ik zal om te beginnen dus herhalen wat ik toen heb gezegd. Uit die studie blijken enorme verschillen binnen het artsenkorps inzake wat zij verdienen. Die verschillen zijn niet houdbaar. Het moet veranderen. De hervorming van de nomenclatuur moet daarvoor dienen, dat men een eerlijke vergoeding krijgt, bekeken vanuit het standpunt van de artsen onderling. Natuurlijk moet dat loon ook verdedigbaar zijn tegenover de samenleving. Daar zijn we nu mee bezig.

De hervorming van de nomenclatuur betekent natuurlijk ook een ander financieringsmodel voor de ziekenhuizen. Dat is een punt dat mevrouw Eggermont maakte, en dat u ook maakt. Ik begrijp dat. U zegt dat ik ook iets moet doen aan de prestatiefinanciering; men kan ook te maken hebben met een ongerijmde vermenigvuldiging van prestaties, waaraan sommige mensen ook geld verdienen, zonder dat die nodig zijn. Als dat zo is, moeten we daarin natuurlijk ingrijpen. Eigenlijk is de hervorming van de ziekenhuisfinanciering daarvoor op zichzelf wel interessant. Voor een deel heeft die hervorming immers als effect dat op prestaties gebaseerde financiering binnen ziekenhuizen van de uitrusting en van kosten nodig voor de gehospitaliseerde patiënten, vervangen zal worden door een financiering op basis van het profiel van de patiënt en niet op basis van de vermenigvuldiging van de prestaties. Dat wat gehospitaliseerde patiënten betreft.

Er zit dus een evolutie in de financiering, die op een bepaalde manier weggaat van prestatiefinanciering. U zult dat niet voldoende vinden. Ik meen ook dat er op andere domeinen evolutie nodig is in de toekomst, maar deze hervorming wil in de eerste plaats toch een nieuwe ziekenhuisfinanciering tot stand brengen, en de nomenclatuur herbekijken.

De hervorming vindt in mijn ogen zeer transparant plaats. Ik zal dat nu niet herhalen. We hebben al uitgebreid alle cijfers gemotiveerd.

Ik moet u op één punt een beetje corrigeren, maar u moet dat niet persoonlijk nemen. Het heeft te maken met hoe iets in de pers gekomen is. We zeggen niet dat 4 miljard van de artsenhonoraria voor de ziekenhuizen is. Wat dat lijvige onderzoeksrapport heeft geconcludeerd, is dat 35 % van het budget dient om de kosten te dekken van directe en indirecte medische prestaties, die niet elders gedekt zijn. Elders betekent, wat de ziekenhuizen betreft, via het basisbudget, het budget van financiële middelen, de dagforfaits en de sociale Maribel. Het gaat dan om kosten die gemaakt worden voor ambulante medische prestaties buiten de ziekenhuizen. Die fameuze 4 miljard is dus niet alleen voor de ziekenhuizen.

Maar dat is een detail. Enfin, dat is geen detail, het is gewoon een punctuele opmerking bij wat u zei.

We willen op die manier in de ziekenhuizen een basisfinanciering invoeren, waarbij men kan vertrekken zonder afdrachten.

Vandaag bestaat er inderdaad geen transparantie over wat artsen verdienen. Een van de redenen daarvoor is dat we geen systematisch overzicht hebben van wat supplementen netto voor artsen opleveren. Dat weten we niet.

We kunnen alleen maar hopen dat we daarin stilaan vooruitgang boeken. Omdat we in de voorbije jaren hebben beslist om meer informatie over supplementen te verzamelen via verplichte registraties, ontstaat er geleidelijk meer zicht op de supplementen die in en buiten ziekenhuizen worden gevraagd. Er is dus vooruitgang geboekt, maar we zijn er nog niet.

Echte transparantie over het geheel van de inkomsten zal er pas zijn op het moment dat er een nieuwe nomenclatuur is, een zuivere nomenclatuur, die dient voor de artsen; dat is hun inkomen. Daarnaast zijn er supplementen, eveneens voor de artsen, die worden geplafonneerd volgens een te onderhandelen schaal. Dan weet men in principe wat artsen zouden kunnen verdienen. Die stap moeten we absoluut zetten.

17.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, nous aurons certainement encore l'occasion d'en débattre. Comme vous l'avez dit, si nous voulons que les médecins se concentrent pleinement sur la qualité des soins aux patients, il faut stimuler leur motivation intrinsèque. Or, le paiement à la prestation – comme l'ont encore illustré récemment des reportages sur les opérations chirurgicales du dos inutiles, etc. – demeure un incitant financier trop important à faire du volume et à prester, ceci alors que d'autres modèles existent, notamment au sein des maisons médicales. Nous soutiendrons donc toutes les initiatives visant à s'affranchir de cette course à la prestation pour aller vers une médecine de qualité.

Par ailleurs, nous constatons votre volonté de plafonner ou de mettre fin aux suppléments d'honoraires. Force est de constater que le MR et la N-VA se montrent peu enthousiastes, ce qui a mené au report, voire à l'affaiblissement de cette mesure.

Enfin, la transparence dans ce débat me paraît fondamentale. Aujourd'hui, près de 12 milliards d'euros d'honoraires sont versés chaque année aux médecins, sans que l'on sache précisément comment ces montants sont ventilés et dépensés. J'ai le plus grand respect pour les médecins, et je sais que la plupart travaillent très dur, mais ce manque de transparence est anormal.

Alors qu'on envisage de recourir à des détectives privés pour contrôler d'éventuelles fraudes chez les bénéficiaires du CPAS, 12 milliards d'euros, en grande majorité des deniers publics, sont versés annuellement aux médecins sans réelle visibilité. Les médecins spécialistes accomplissent un travail difficile et méritent d'être très bien rémunérés – cela ne fait aucun doute – mais il faut éradiquer les excès, imposer la transparence et sanctionner les abus. Je répète que la grande majorité des professionnels travaillent dur et exercent honnêtement pour leurs patients mais il faudra se montrer plus sévère envers certains qui abusent du système, et cela commence par la transparence.

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

**18 Samengevoegde vragen van**
**- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ebolavirus" (56016642C)**
**- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ebola" (56016885C)**
**- Britt Huybrechts aan Jean-Luc Crucke (Mobiliteit, Klimaat, Ecologische Transitie en Duurzame Ontwikkeling) over "De ebolascreening op de luchthaven" (56016911C)**
**- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidsprotocollen tegen het ebolavirus" (56016954C)**
**18 Questions jointes de**
**- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le virus Ebola" (56016642C)**
**- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Ebola" (56016885C)**
**- Britt Huybrechts à Jean-Luc Crucke (Mobilité, Climat, Transition environnementale et Développement durable) sur "Le dépistage d'Ebola à l'aéroport" (56016911C)**
**- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les**

**protocoles sanitaires en vigueur contre le virus Ebola" (56016954C)**

De **voorzitter**: Mevrouw Huybrechts is verontschuldigd. Ze zit vast in een andere commissievergadering.

18.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik had graag de jongste stand van zaken gekregen alsook een verslag van het spoedoverleg van de EU-ministers van Volksgezondheid van vrijdag 5 juni. Kunt u de voornaamste conclusies daarvan meegeven?

18.02 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik heb mijn vraag aangehouden, al hebben experts en de FOD Volksgezondheid intussen de situatie uitgebreid uiteengezet. Het was wel beter geweest dat u ook aanwezig zou zijn geweest op die uiteenzetting, want experten kunnen niet op alle vragen antwoorden.

Zij hebben gedetailleerd de situatie ter plaatse toegelicht, maar op de vraag wat België inzet op logistiek en financieel vlak en op personeelsvlak inzet, moesten zij het antwoord schuldig blijven. Daarvan wisten zij niets. Wordt dat binnen de bestaande budgetten gefinancierd? Welke budgetlijnen worden daarvoor aangesproken? Worden daardoor andere projecten aan de kant geschoven?

Ik had ook graag een update gekregen. Gelden de concrete protocollen die toen van kracht waren, nog steeds voor Brussels Airport, of zijn die intussen gewijzigd? In Italië is bijvoorbeeld een gezondheidsscreening ingevoerd, terwijl dat bij ons destijds nog niet het geval was.

Voorts drukte u zich niet bepaald terughoudend uit in verband met de Amerikaanse verantwoordelijkheid. Ik vind het onverstandig om in interviews te spreken over de verpletterende verantwoordelijkheid van de Verenigde Staten voor de situatie in Afrika, des te meer gelet op hun bijdrage voor de levering van ebolageneesmiddelen, ook al voeren wij het programma uit. Ik begrijp niet waarom u dat zegt. Ik heb u ook nog nooit horen fulmineren tegen landen die niets doen, nu niet en voorheen ook niet.

Wie investeert nu eigenlijk in oplossingen voor de structurele gezondheidsproblematiek? Worden andere inspanningen van andere landen verwacht? Zult u er ook op toezien dat de andere G20-landen ook hun bijdrage leveren? Of blijft het bij België en de Verenigde Staten? Zult u een eerlijke lastenverdeling formeel op de agenda plaatsen?

Kunt u zich ertoe verbinden ons periodiek te informeren over de evolutie van de uitbraak, de Belgische inzet, de kosten en uiteraard ook de risicoanalyse voor ons land?

18.03 **François De Smet** (DéFI): Monsieur le président, je renvoie au texte écrit de la question.

*Les États-Unis ont demandé à la Belgique, par l'entremise de leur ambassadeur en Belgique, d'instaurer une interdiction d'entrée sur le territoire aux ressortissants congolais dans le cadre de la lutte contre l'épidémie d'Ebola, Cette requête porte également sur le fait que les Belges de retour de pays africains concernés par la pandémie devraient aussi respecter une quarantaine. Aucun cas d'Ebola n'a encore été signalé aux États-Unis, mais Washington craint que l'afflux imminent de millions de supporters pendant la Coupe du Monde de football puisse entraîner un risque sanitaire.*

*Depuis la mi-mai, les voyageurs de retour de République démocratique du Congo ou d'Ouganda, qui ne sont pas Américains ou résidents permanents, ne peuvent accéder au territoire américain.*

*Vous avez déclaré, monsieur le ministre, ne pas souhaiter pas pour l'instant répondre à cette requête, et demander d'observer les mesures de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).,privilégiant une approche basée sur le contrôle au départ, la surveillance sanitaire et la science.*

*Vous avez déclaré qu'il n'existe "aucune raison d'interdire l'entrée des citoyens congolais" sur le territoire belge dans le contexte de la résurgence d'Ebola en République démocratique du Congo. Vous avez indiqué que des contrôles sanitaires renforcés ont été mis en place aux points d'entrée pour les voyageurs en provenance des zones affectées.*

*En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir: les protocoles de surveillance sanitaire mis en place aux aéroports et aux autres points d'entrée belges pour les voyageurs en provenance de zones affectées par l'Ebola en RDC? Les critères de triage et de prise en charge des voyageurs présentant des symptômes ou un historique d'exposition? La capacité de traitement des cas suspects en Belgique (laboratoires de diagnostic P4, centres de référence, stocks de vaccins et d'antiviraux) et si elle a été renforcée*

*depuis la déclaration de l'épidémie actuelle en RDC? Comment les autorités belges coordonnent leur réponse avec le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)? Si la Belgique participe à un mécanisme de partage en temps réel des données épidémiologiques au niveau européen pour cette épidémie?*

18.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: De situatie in Centraal-Afrika, meer bepaald in de Democratische Republiek Congo en in beperktere mate in Oeganda blijft zeer zorgwekkend. De zwaarst getroffen gebieden bevinden zich in de Congolese provincies Ituri, Noord-Kivu en Zuid-Kivu, waarbij het merendeel van de gevallen in Ituri wordt vastgesteld. Op basis van de gegevens van 2 juli zijn er 1.460 bevestigde gevallen in de DRC met 452 bevestigde overlijdens en 20 bevestigde gevallen in Oeganda met 2 bevestigde overlijdens.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft de uitbraak uitgeroepen tot een internationale noodsituatie op het gebied van de volksgezondheid. Tegelijk blijft de WHO algemene reis- of handelsbeperkingen naar de DRC en Oeganda afraden, omdat dergelijke maatregelen niet wetenschappelijk onderbouwd worden geacht.

Het risico voor de algemene bevolking in Europa wordt door het ECDC nog steeds als zeer laag ingeschat, op voorwaarde dat de maatregelen inzake paraatheid gehandhaafd blijven.

Er werd gevraagd naar de conclusies van het overleg van 5 juni. Er was inderdaad een informele videoconferentie van de EU-ministers van Volksgezondheid over de recente ebola-uitbraak in de DRC en Oeganda. De belangrijkste conclusie was dat er brede consensus bestaat om vast te houden aan een wetenschappelijk onderbouwde, proportionele en gecoördineerde Europese aanpak, in lijn met de adviezen van de WHO en het ECDC. De ministers waren het erover eens dat algemene reis- of handelsbeperkingen, systematische aankomstscreening of andere bijkomende maatregelen op EU-niveau momenteel niet aangewezen zijn.

De Europese aanpak steunt op twee pijlers: steun aan de getroffen regio's om de uitbraak aan de bron onder controle te krijgen, en versterking van de paraatheid binnen de EU, onder meer via exitscreening en bij vertrek in luchthavens, versterking van de laboratorium- en surveillancesystemen, actualisering van de protocollen, voldoende isolatiecapaciteit en gerichte communicatie aan zorgverleners en reizigers.

Momenteel worden op Brussels Airport geen systematische medische screenings, gezondheidscontroles of gezondheidsvragenlijsten bij inkomende passagiers afgenomen, ook niet bij reizigers afkomstig uit de DRC of Oeganda. Wel vindt bij vertrek uit de getroffen regio's een exitscreening plaats, overeenkomstig de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie en met steun van de EU.

De Belgische aanpak berust op verhoogde waakzaamheid en gerichte informatieverstrekking, onder meer via flyers, e-mails, banners en schermen, evenals sensibilisering van het luchtvaartpersoneel. Er bestaat ook een uitgewerkte procedure voor een waarschijnlijk geval, waarbij SaniPort en de luchthavenarts onmiddellijk kunnen optreden. De individuele waarschijnlijke gevallen worden volgens de procedure opgevolgd.

Quels critères de triage et quelles procédures s'appliquent? Monsieur De Smet, un voyageur est considéré comme un cas probable lorsqu'il existe une combinaison entre, d'une part, un séjour récent dans une région touchée avec une exposition possible au virus et, d'autre part, la présence de symptômes cliniques compatibles avec la maladie à virus Ebola.

Un tel cas peut être signalé par les services de secours, les médecins de l'aéroport, un médecin généraliste, un service d'urgence ou un hôpital. Le signalement est immédiatement transmis aux autorités sanitaires régionales, qui sont en contact direct avec le SPF Santé publique, les hôpitaux de référence – à savoir l'UZA et le CHU Saint-Pierre – ainsi qu'avec le laboratoire de référence.

Le transport médicalisé vers un hôpital de référence est coordonné par les autorités sanitaires régionales, conformément à la procédure en vigueur pour les fièvres hémorragiques virales. Les services de secours, les médecins généralistes et les hôpitaux ont été spécifiquement sensibilisés et disposent de directives claires pour l'identification, le signalement et la première prise en charge d'un cas probable.

Enfin, les établissements de soins disposent d'équipements de protection individuels conformes aux directives nationales afin que le personnel soignant puisse intervenir en toute sécurité lors de la prise en charge d'un cas probable ou confirmé.

En ce qui concerne la préparation de la Belgique à l'accueil de cas suspects ou confirmés, la capacité thérapeutique repose principalement sur la prise en charge clinique et les traitements de soutien, puisqu'il n'existe actuellement ni traitement antiviral spécifique ni vaccin efficace contre la variante Bundibugyo du virus Ebola.

Les patients suspects ou confirmés sont pris en charge dans les hôpitaux de référence désignés, où des unités d'isolement spécialisées ainsi que des services de soins intensifs permettent d'assurer le maintien des fonctions vitales et le traitement des complications.

Par ailleurs, la Belgique suit de près, en collaboration avec l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), les avancées de la recherche et du développement concernant de nouveaux outils diagnostiques, des vaccins candidats et des stratégies antivirales contre la variante Bundibugyo du virus Ebola.

Concernant les vaccins disponibles, il existe actuellement des vaccins approuvés contre certains virus Ebola, notamment Ervebo et Zabdeno. Toutefois, ces vaccins ne sont pas efficaces contre l'épidémie actuelle causée par le virus Bundibugyo. La Belgique dispose de stocks limités de ces vaccins. Par l'intermédiaire de réseaux de recherche internationaux, il est examiné si, le cas échéant, un accès à des vaccins candidats, actuellement en phase d'essais dans le cadre de procédures d'urgence, pourrait être obtenu, à condition que ceux-ci soient jugés sûrs et suffisamment efficaces par les autorités compétentes.

Mevrouw Bury, het Congolese voetbalteam en de entourage vallen onder dezelfde regels als andere reizigers. Zij ondergingen bij hun vertrek uit de DRC een medische exitscreening volgens de lokale en internationale richtlijnen. Bij aankomst in België werd dus geen systematische medische screening uitgevoerd. Ook bij hun vertrek uit België werd geen bijkomende systematische testverplichting opgelegd. De Verenigde Staten hebben wel aanvullende maatregelen toegepast. In dat kader diende de nationale voetbalploeg van de DRC gedurende 21 dagen in Europa in isolatie te verblijven, alvorens naar de Verenigde Staten te kunnen reizen.

Kunnen Belgische reizigers of supporters geconfronteerd worden met bijkomende maatregelen in derde landen? Derde landen behouden de soevereine bevoegdheid om strengere toegangs- of controlemaatregelen op te leggen. Belgische reizigers of supporters kunnen dus mogelijk geconfronteerd worden met bijkomende gezondheidscontroles, zoals vragenlijsten, temperatuurmetingen, medische controles, quarantaineverplichtingen of, in uitzonderlijke gevallen, inreisbeperkingen wanneer ze recent in bepaalde regio's verbleven. Sommige landen waaronder de Verenigde Staten, hebben reeds bijkomende maatregelen ingevoerd voor reizigers die uit de betrokken Afrikaanse landen terugkeren. Ook Italië heeft tijdelijk zijn gezondheidscontroles aan de buitengrenzen versterkt.

Als een derde land beslist om een reiziger aan bijkomende controles te onderwerpen, de toegang te weigeren of een quarantaineverplichting op te leggen, valt dat in principe niet onder de aansprakelijkheid van de Belgische Staat, voor zover België zijn informatie- en zorgplichten ten aanzien van de burgers naar behoren nakomt. Reizigers worden vooraf geïnformeerd via de reisadviezen van Buitenlandse Zaken en de gezondheidsinformatie van FOD Volksgezondheid, zodat ze een geïnformeerde reisbeslissing kunnen nemen.

La Belgique suit attentivement les lignes directrices internationales de l’OMS et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). Elle participe activement aux réunions d’information et de coordination relatives à l’épidémie de maladie à virus Ebola causée par la souche Bundibugyo.

La position belge souligne que le dépistage à la sortie des régions touchées constitue actuellement la mesure la plus appropriée. Cette approche est recommandée par l’OMS et soutenue par l’Union européenne. À l’inverse, le dépistage à l’arrivée n’est pas recommandé, car il ne permettrait de détecter qu’un nombre limité de cas supplémentaires. Il impliquerait une complexité logistique importante, sans bénéfice sanitaire clairement établi. La Belgique plaide dès lors en faveur d’une stratégie européenne uniforme, axée sur une information claire des voyageurs, un suivi continu de la situation épidémiologique, le renforcement des capacités des laboratoires ainsi qu’un échange rapide des données entre les autorités concernées.

18.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord en heb geen repliek.

18.06 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, u antwoordt niet echt op de vragen die ik heb gesteld. Ik had gehoopt dat u zou antwoorden op de vraag of u dergelijke uitspraken verstandig vond.

18.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: Absoluut.

18.08 **Katleen Bury** (VB): Waarom vond u dat verstandig, zeker gelet op het feit dat het land enorm veel middelen naar de betrokken landen stuurt? U doet hier alsof ik gek ben.

18.09 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, u hoeft zich niet zo op te winden. Ik heb gezegd, in lijn met alle Europese ministers van Volksgezondheid, de Europese Commissie en de Wereldgezondheidsorganisatie, dat de idee dat men zijn grenzen moet sluiten voor mensen die uit de Democratische Republiek Congo komen, op niets gebaseerd is. Dat is totaal onwetenschappelijk en contraproductief. Dat heb ik heel hard beklemtoond.

Ik heb daar inderdaad aan toegevoegd dat het jammer is dat men een dergelijk onwetenschappelijk advies moet krijgen van een overheid die tegelijkertijd, volgens ernstige inschattingen, enorm veel problemen creëert in Afrika door heel zwaar, onverwacht en snel op haar internationale hulp te besparen. Dat heb ik gezegd en ik neem daar geen woord van terug.

18.10 **Katleen Bury** (VB): Ik ben al heel blij dat u antwoordt op een vraag die ik u stel. We verschillen alvast van mening, want het is niet omdat de VS op bepaalde zaken besparen, dat ze niet enorm veel doen in Afrika. U moet toch voorzichtig zijn met dergelijke uitspraken. U hebt kritiek op hun beleid van quarantaine in het kader van de ebola-uitbraak. Ik zet daartegenover dat Amerikaanse farmaceutische bedrijven zich enorm inspannen voor innovatieve geneesmiddelen en dat daar nog steeds Amerikaanse overheidsprogramma's actief zijn. U mag niet alles op een hoop gooien en beweren dat de VS zich volledig terug hebben getrokken, want zij doen daar wel heel veel. Zij financieren de programma's, die wij uitvoeren. Sommige landen doen niks, maar daarover hoor ik u niet. Ik hoor u niet zeggen dat u ook met die landen rond de tafel zult zitten en dat zij ook hun bijdrage moeten leveren. Dragen Arabische landen daarin bij? Doen zij iets of is dat 0,0 eurocent? Het gaat niet over sympathie of antipathie voor een zekere Trump. U moet oppassen met veralgemenende uitspraken over een bepaald land, terwijl u zwijgt over andere landen die niet bijdragen. Ik vind dat gevaarlijk.

18.11 **François De Smet** (DéFI): Je remercie simplement le ministre pour sa réponse.

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

**19 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De representativiteit van het RIZIV-proefproject rond de financiering van de thuisverpleging" (56016655C)**
**19 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La représentativité du projet pilote de l'INAMI sur le financement des soins infirmiers à domicile" (56016655C)**

19.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, de thuisverpleging staat vandaag al zwaar onder druk. Door de vergrijzing, de toename van chronische aandoeningen en de verschuiving van zorg uit het ziekenhuis naar de thuissituatie krijgen thuisverpleegkundigen steeds meer verantwoordelijkheid. Net daarom moet elke hervorming van de financiering bijzonder zorgvuldig gebeuren.

Het RIZIV-proefproject test een nieuw model met onder meer uurtarieven, verplaatsingstijd, indirecte zorg, tijdsregistratie, kwaliteitscriteria en mogelijke tariefaanpassingen bij budgetoverschrijding. Dat zijn allemaal elementen die op papier misschien mooi en logisch lijken, maar op het terrein ook kunnen leiden tot meer administratie, meer controlelast en dus minder tijd voor de patiënt.

Voor grote thuiszorgorganisaties is dat misschien nog beheersbaar. Ze beschikken over personeel, software en administratieve ondersteuning. Voor zelfstandige thuisverpleegkundigen en kleine praktijken ligt dat echter helemaal anders. Zij combineren vandaag al zorgverlening, planning, administratie, overleg en permanentie. Als daar nog een bijkomende registratielast bijkomt, dreigt het nieuwe model vooral de kleinschalige zorgverlener te treffen. Nochtans zijn het vaak die zelfstandige verpleegkundigen die onmisbaar zijn voor nabije, flexibele en persoonlijke zorg aan kwetsbare patiënten. Mijn vragen zijn de volgende.

Werden beroepsorganisaties en vertegenwoordigers van zelfstandige thuisverpleegkundigen voldoende betrokken bij de uitwerking van de methodologie? Welke beroepsorganisaties werden exact betrokken?

Welke garanties zijn er dat het proefproject niet zal leiden tot een hervorming die vooral de grote structuren bevoordeelt?

Hoe zult u vermijden dat het nieuwe model leidt tot meer administratie, meer controlelast en minder effectieve zorgtijd bij de patiënt?

Kunt u garanderen dat geen definitieve hervorming wordt doorgevoerd zolang niet objectief is aangetoond dat het model beter is voor de patiënt en ook werkbaar blijft voor de thuisverpleegkundigen op het terrein?

19.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De financiering binnen het pilootproject omvat drie luiken, namelijk een vergoeding tijdens de voorbereidingsfase, de nieuwe activiteitenfinanciering als alternatief voor de gewone terugbetaling van zorg en de bijkomende praktijkfinanciering. De exacte budgettaire weerslag zal afhangen van de precieze activiteit en organisatie van de pilootpraktijken en kan pas na afloop van het project worden bepaald. Het project wordt continu gemonitord en indien nodig bijgestuurd zodat het globale budget voor thuisverpleging gerespecteerd blijft.

Van de 60 ingediende kandidaturen voldeden er 58 aan de ontvankelijkheidscriteria. De twee praktijken die daar niet aan voldeden, waren niet bereid aanpassingen door te voeren waardoor zij alsnog zouden kunnen deelnemen. Aangezien de doelstelling van 1.000 vte-pilootverpleegkundigen niet werd bereikt, was een bijkomende selectie niet nodig en werden alle ontvankelijke kandidaturen weerhouden.

De wetenschappelijke evaluatie van het pilootproject wordt uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg of KCE, dat ook bij de opzet ervan betrokken was. Het KCE bevestigt dat het aantal deelnemers volstaat voor een statistisch relevante studie.

Tegelijk wordt erkend dat de representativiteit van de testgroep beperkingen kent ten aanzien van de volledige sector, wat een weerslag heeft op de externe validatie van de onderzoeksresultaten. Dat zal in het onderzoeksrapport worden genuanceerd.

19.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik kende uw antwoord eigenlijk al. In het werkveld horen we dat het proefproject vooral gestoeld is op grote zorgbedrijven, zoals het Wit-Gele Kruis, i-mens, Mederi en dergelijke. De kleine zelfstandige verpleegkundigen zullen opnieuw de pineut zijn, omdat zij niet beschikken over de administratieve machine van die grote spelers.

Het is niet duidelijk wat u voor die kleine zelfstandigen zult doen. Het is evenmin duidelijk hoe dit proefproject tegemoetkomt aan hun verzuchtingen. U zegt dat het representatief is, maar wij horen op het werkveld net het tegendeel. Wij vrezen dan ook dat dit proefproject, als het uiteindelijk wordt uitgerold, vooral op maat zal zijn van de grote spelers en dat de kleine zelfstandige thuisverpleegkundigen uit de markt zullen worden geduwd.

Mijnheer de minister, ik roep u op om te luisteren naar de verzuchtingen van die kleine zelfstandige verpleegkundigen, die een belangrijke schakel zijn in de thuiszorg. Luister naar hun bekommernissen, pas het proefproject aan en houd die kleine, maar broodnodige zelfstandigen binnen ons zorgsysteem. Zij zijn immers meer dan broodnodig. U hebt niet vermeld welke beroepsorganisaties precies betrokken waren. Misschien kunt u daarop nog antwoorden?

19.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, alle organisaties die in de Overeenkomstencommissie zitting hebben, vertegenwoordigen de sector en hebben dit mee uitgewerkt.

19.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u, mijnheer de minister.

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

**20 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overleg met de voedingssector" (56016659C)**
**20 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La concertation avec le secteur alimentaire" (56016659C)**

20.01 **Katleen Bury** (VB): Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

*Tijdens de bespreking van de obesitasproblematiek in de commissie Volksgezondheid op 3 juni 2026 verklaarde u dat u in overleg bent met de voedingssector.*

*1. Met welke organisaties, federaties of*

*ondernemingen uit de voedingssector heeft u hierover reeds overleg gepleegd?*
*2. Op welke data vonden deze overlegmomenten plaats?*
*3. Werd gesproken over de verdere uitrol of eventueel verplichte invoering van Nutri-Score? Zo ja, welke standpunten werden ingenomen?*
*4. Werd gesproken over de samenstelling van voedingsmiddelen, waaronder het gehalte aan suiker, zout, verzadigde vetten, zoetstoffen of andere voedingsstoffen? Zo ja, welke maatregelen of engagementen werden besproken?*
*5. Werd gesproken over ultra-bewerkte voedingsmiddelen? Zo ja, welke initiatieven werden besproken?*
*6. Werd gesproken over de samenstelling van voeding voor zuigelingen en jonge kinderen, waaronder het gebruik van toegevoegde suikers? Zo ja, welke maatregelen werden besproken (zie ook nieuwe wetgeving Frankrijk)?*
*7. Werd gesproken over reclame voor voedingsmiddelen gericht op enerzijds volwassenen en anderzijds minderjarigen en jongeren? Zo ja, welke aspecten kwamen aan bod?*
*8. Werden tijdens deze overlegmomenten concrete engagementen, doelstellingen, actieplannen of afspraken gemaakt? Zo ja, welke?*
*9. Zal de Kamer worden geïnformeerd over de inhoud, de conclusies en de eventuele beleidsmaatregelen die uit deze gesprekken voortvloeien?*

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, wat de eerste vraag betreft, zoals mijn administratie al heeft vermeld tijdens de vergadering van de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen op 3 juni, heeft mijn beleidscel structureel overlegd met diverse vertegenwoordigers van de agrovoedingssector over het verbeteren van de voedselomgeving. Bij die gesprekken zijn met name de brancheorganisatie Fevia, Comeos en de horecasector betrokken.

Wat de tweede vraag betreft, het overleg met de sector gebeurt op structurele wijze, minstens een keer om de twee maanden. Het recentste overleg vond plaats op 16 juni. Dat maakt deel uit van de reguliere dialoog tussen de overheid en de betrokken belanghebbenden.

Wat de derde vraag betreft, mijn voorstel om de nutriscore verplicht te stellen in voedselreclame werd al uitvoerig besproken met de sector en met experten. Voor de experten, meer in het bijzonder artsen, specialisten en diëtisten, werd eind februari 2026 een vergadering georganiseerd in het bijzijn van onder meer professor Hercberg, de grondlegger van de nutriscore, en professor Courbet, die onderzoek voerde naar de gedragseffecten van blootstelling aan de nutriscore in reclame. Na afloop daarvan ontving ik een open brief ter ondersteuning van de voorgestelde maatregel, ondertekend door een 35-tal experten.

Voor de sector vond de bespreking van het voorstel plaats binnen het structurele overleg. Daar is het beeld wat meer verdeeld. Enerzijds is er de voedingsmiddelenindustrie, die zich lijkt te verzetten tegen een verplichte nutriscoresysteem, zowel in reclame voor voedingsmiddelen als op etiketten. Ze haalt verschillende bezwaren aan, zoals de vermeende strijdigheid met het Europeesrechtelijke principe van het vrije verkeer van goederen en dat de contextuele aard van de nutriscore verloren gaat op reclameaffiches. Anderzijds zijn er grote retailers die de nutriscore op etiketten en in reclame steunen, op voorwaarde dat de overheid investeert in voldoende informatiecampagnes om consumenten voor te lichten over het gebruik van het nutriscoresysteem.

Wat de vierde vraag betreft, onderwerpen met betrekking tot de samenstelling van levensmiddelen, met name het suiker-, zout- en verzadigdvetgehalte, evenals inspanningen inzake productherformulering, komen ook aan bod in de dialoog met de sector. Ik kan daar op dit ogenblik niet meer informatie over geven. Het gaat over verkennende gesprekken, die nog lopen.

Wat de vijfde vraag betreft, de uitdagingen met betrekking tot de voeding van zuigelingen en jonge kinderen zijn van bijzonder belang. Dit onderwerp wordt nauwlettend gevolgd, met name in het licht van de ontwikkelingen in andere EU-lidstaten, zoals Frankrijk. Er zijn echter nog geen concrete voorstellen of nieuwe maatregelen met betrekking tot de samenstelling van producten voor deze doelgroep vanuit de sector naar voren gebracht.

Wat de zesde vraag betreft, kwesties met betrekking tot de marketing en reclame voor levensmiddelen kwamen aan bod, met name de blootstelling van kinderen en jongeren aan reclame. Fevia is een voorstander van het autoregulatiesysteem dat het heeft gecreëerd met de Belgian Food Advertising Code. Die is echter pas op 1 januari 2026 in werking getreden. Het is dan ook nog te vroeg om de impact en de effectiviteit ervan in de praktijk objectief te kunnen beoordelen.

Wat de zevende vraag betreft, tot nu toe hebben de besprekingen nog geen nieuwe

overeenkomsten, meetbare doelstellingen of concrete actieplannen opgeleverd. De besprekingen verlopen evenwel in een constructieve sfeer en ik merk dat de partijen aan tafel echt de bereidheid tonen om te bekijken hoe de overheid en de sector kunnen samenwerken aan gezondere voeding.

Wat de achtste vraag betreft, zoals met alle zaken die onder mijn bevoegdheid vallen, zal de Kamer op de hoogte worden gesteld van relevante ontwikkelingen en eventuele beleidsmaatregelen die voortvloeien uit deze besprekingen en raadplegingen van de betrokken sectoren.

20.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor de uitgebreide toelichting.

Ik merk dat u blij bent dat de bereidheid aanwezig is, dat de sfeer goed zit. Het is echt een dossier waar u zeker uw tanden in mag zetten. U zet graag uw tanden in dossiers, en dit dossier moedig ik u aan om daarmee door te gaan.

Wat de nutriscore betreft, wil dat niet zeggen dat we daar geen twijfels bij hebben. Volgens ons hangt die score toch wel wat met haken en ogen aan elkaar, omdat ook ultrabewerkte voeding soms een gunstige score krijgt.

Mijn vragen waren echter niet alleen daarop gericht, maar zeker ook op de samenstelling van voedingsmiddelen, zoals het suiker-, zout- en vetgehalte, in het bijzonder bij voeding voor kinderen. We zien nog veel te veel producten die gezoet zijn, net om kinderen op jonge leeftijd aan een zoete smaak te laten wennen. Daaromtrent mag u gerust met de vuist op tafel slaan en veel strenger optreden.

Met brood is het gelukt, want het zoutgehalte is aanzienlijk verminderd. Dat zijn smaken die eruit moeten. We moeten veel meer terug naar de natuurlijke smaak. Die is meer dan zoet genoeg.

De bereidheid is aanwezig. Ik ben benieuwd of u iets kunt doen aan de samenstelling van die producten, want er zijn momenteel nog altijd vetrijke gifbommen op de markt verkrijgbaar die eigenlijk geen enkele meerwaarde bieden voor de bevolking.

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

**21 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gedeeltelijke uitvoering van het interfederale eGezondheidsplan" (56016703C)**
**21 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réalisation partielle du plan d'action interfédéral eSanté" (56016703C)**

21.01 **Katleen Bury** (VB): Dit is een meer juridische vraag. Ik had in een interview met het e-Healthplatform gelezen dat onderdelen van het interfederale gezondheidsplan reeds worden uitgevoerd zonder de formele goedkeuring door de interministeriële conferentie. Ik had daar toch een aantal vragen bij.

Welke onderdelen van het i-gezondheidsplan worden vandaag al uitgevoerd?

Op welke rechtsgrond gebeurt dat dan? Zonder formele goedkeuring. Is de juridische toets inzake de GDPR, het beroepsgeheim, de toegangsrechten, de login, de patiëntenrechten, de aansprakelijkheid, enzovoort al in kannen en kruiken?

In het interview werd te kennen gegeven door de heer Robben dat vele zorgverleners nog steeds kampen met dubbele en zelfs driedubbele registraties. Zijn die nu eindelijk weggewerkt?

Welke onderdelen van de Europese verordening mogen toegepast worden? Voor welke onderdelen moet België nog wachten op Europese of nationale regelgeving?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: In het federale regeerakkoord staat een aantal uitdrukkelijke doelstellingen inzake e-gezondheid. Er wordt aangegeven dat het concept van Belgian Integrated Health Record de basis is voor een goede digitalisering en verder wordt aangepakt.

Daarnaast hebben alle lidstaten van de Europese Unie de verplichting vanaf maart 2029 te voldoen aan de verplichting tot gegevensdeling, vastgelegd in de European Health Data Space-verordening. In uitvoering daarvan zijn in het federale e-gezondheidsplan enkel programma's en projecten gedefinieerd die goed gecoördineerd en resultaatgericht worden uitgevoerd.

Ook de gefedereerde entiteiten hebben een aantal programma's en projecten. De onderlinge afstemming daarvan gebeurt binnen de interministeriële conferentie. Op federaal vlak voeren instellingen als het e-Healthplatform, het

RIZIV, de FOD Volksgezondheid, het FAGG, het Health Data Agency en de KCE in goede onderlinge taakverdeling en samenwerking deze programma's en projecten uit. Het e-Healthplatform verzekert het programmamanagement. Op regelmatige basis is daarover trouwens overleg met mezelf.

Uiteraard hoort bij de uitvoering van alle initiatieven inzake e-gezondheid, *by design*, gewaakt te worden over het respect van regelgeving inzake kwaliteit van de zorg, de rechten van de zorggebruiker, de gegevensbescherming, de informatieveiligheid en het beroepsgeheim. Heel wat algemeen gebruikte basisdiensten, aangeboden door het e-Healthplatform, zijn daarvoor onmisbare bouwstenen. Zo is er het systeem voor geïntegreerd gebruikers- en toegangsbeheer, de end-to-endvercijfering van uitgewisselde persoonsgegevens en de logindienst.

Ik mag er – met een beetje fierheid, al is het niet mijn verdienste, maar die van vele medewerkers en ambtenaren – op wijzen dat België reeds drie opeenvolgende jaren bovenaan staat in de ranking van de Europese Commissie inzake e-gezondheid.

Ik ben wel van oordeel dat er nog heel wat uitdagingen zijn, zoals het ondersteunen van zorgverstrekkers bij een vlotte en kwalitatieve gegevensinvoer.

In het federale gezondheidsplan wordt ook veel aandacht besteed aan het vermijden van meervoudige registratie van gegevens door de zorgverstrekkers en aan duidelijke technische en semantische interoperabiliteitsstandaarden. De technische en semantische standaarden voor de gestructureerde digitale uitwisseling van resultaten van labo-onderzoeken liggen inderdaad al twee jaar vast. De meeste softwarepakketten voldoen daar inmiddels aan.

De federale regering heeft een wetsbepaling uitgewerkt die het verplicht meedelen van de resultaten, overeenkomstig de standaarden, vastlegt als voorwaarde voor de terugbetaling aan de labo's. Die bepaling zal ter stemming aan het Parlement worden voorgelegd.

Voor de uitvoering van de EHDS-verordening zijn nog een achttiental *implementing acts* nodig. De eerste verplichtingen treden in werking in maart 2029.

De administrateur-generaal van het eHealth-platform zetelt voor België in het Strategisch Comité dat die *implementing acts* voorbereidt en bewaakt de onderlinge coherentie tussen de interne Belgische programma's en projecten en de implementatie van de EHDS-verordening inzake *primary use*.

21.03 **Katleen Bury** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik zal uw antwoord met betrekking tot de technische specificaties in detail nalezen.

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

**22 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De wetenschappelijke evaluatie van de conventie voor eerstelijns psychologische zorg" (56016748C)**
**22 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évaluation scientifique de la convention relative aux soins psychologiques de première ligne" (56016748C)**

22.01 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, in maart 2025 gunde het RIZIV een opdracht ter waarde van 2,6 miljoen euro voor de evaluatie van de conventie psychologische eerstelijnszorg aan een consortium, waarvan het onderzoekscentrum LUCAS van de KU Leuven deel uitmaakte. Naar aanleiding van deze gunning rezen vragen over de transparantie, de gelijke behandeling van de inschrijvers en mogelijke belangenconflicten. In april 2025 diende een ander consortium hierover een ingebrekestelling in bij het RIZIV. In juni en december 2025 volgde een schrijven aan uw kabinet, de FOD en het RIZIV. Drie rectoren stellen daarin dat deze gang van zaken het vertrouwen tussen academische instellingen en de overheid onder druk zet.

Hoe heeft het RIZIV het gelijkheids- en transparantiebeginsel gewaarborgd, gelet op het feit dat het bestek voor een dergelijk werkpakket samenwerking met LUCAS voorzag, terwijl LUCAS al vóór de indieningsdatum deel uitmaakte van een van de kandidaat-consortia?

Welke beoordeling maakten het RIZIV en uw kabinet van mogelijke belangenconflicten, voorkennis of andere risico's inzake belangenvermenging? Werd een formele analyse uitgevoerd? Wat was de conclusie?

Het InterMutualistisch Agentschap, partner in het gegunde consortium, evalueert een dashboard, terwijl het ook betrokken was bij de ontwikkeling ervan. Hoe onafhankelijk is deze evaluatie volgens u? Welke waarborgen werden er voorzien?

Hoe waarborgt het RIZIV een consistente beoordeling van juridische documenten, zoals volmachten, mandaten en samenwerkingsverklaringen, over verschillende aanbestedingen heen, zeker wanneer gelijkaardige formuleringen in eerdere procedures anders werden beoordeeld?

Na analyse van het gegunde voorstel blijkt dat bepaalde onderdelen van het bestek slechts gedeeltelijk zijn gedekt, bijvoorbeeld met betrekking tot *unmet needs*, no-shows, samenwerking binnen netwerken en aandacht voor het Duitstalige landsgedeelte. Voor andere onderdelen, zoals de validatie, is bijkomende financiering nodig. Welke impact heeft dat op de volledigheid van de evaluatie? Verwacht u dat alle beleidsrelevante onderzoeksvragen binnen het voorziene budget zullen worden beantwoord?

Waarom werd er zo laat gereageerd op de ingebrekestelling en de daaropvolgende brieven van de rectoren? Welke termijnen en procedures hanteert het RIZIV? Welke initiatieven zult u nemen om het vertrouwen tussen het RIZIV en de betrokken onderzoeksinstellingen te herstellen?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, ik neem de bezorgdheden die u vertolkt ernstig. Overheidsopdrachten moeten niet alleen correct verlopen, maar ook als transparant en billijk worden ervaren. Het RIZIV bevestigt dat de opdracht via e-Procurement werd gepubliceerd, dat alle inschrijvers gelijktijdig over dezelfde informatie konden beschikken en dat de verwijzing naar LUCAS enkel diende om de compatibiliteit met BelRAI te verzekeren. Samenwerking met LUCAS was geen voorwaarde en bood volgens het RIZIV geen exclusieve toegang tot informatie.

Het RIZIV heeft ook onderzocht of er sprake was van belangenconflicten, voorkennis of belangenvermenging. Het lastenboek werd niet vooraf gedeeld met externe actoren of begeleidingsorganen. De beoordeling gebeurde door een gemengde jury van het RIZIV, de FOD en verzekeringsinstellingen. Voor het InterMutualistisch Agentschap (IMA) werd de rol functioneel afgebakend. Risico's inzake belangenvermenging werden gemitigeerd via een multidisciplinair consortium en collegiale toetsing, waardoor de onafhankelijkheid van de evaluatie voldoende is verzekerd.

Met betrekking tot de inhoudelijke volledigheid werd het voorstel na de gunning verduidelijkt zonder extra budget. Het RIZIV verwacht dat de evaluatie een voldoende volledig en beleidsrelevant rapport zal opleveren.

De laattijdige reactie op de ingebrekestelling was inderdaad abnormaal lang. Het RIZIV betreurt dat en wijst op tijdelijke personeels- en werkdrukproblemen. Ik verwacht dat daaruit lessen worden getrokken, met meer transparante en snellere communicatie en een betere dialoog met de betrokken onderzoeksinstellingen.

22.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister. U geeft een vrij kort antwoord, maar wel to the point op de meeste van mijn vragen. U verklaart dat de samenwerking met LUCAS geen vereiste was, maar wel nodig was om de compatibiliteit met RAI's af te dwingen. Waarom is dat dan niet gewoon in het bestek opgenomen? Ik begrijp uit de klachtenbrieven dat daar minstens onduidelijkheid over was. Als men in het bestek teruggrijpt naar de originele functionaliteit, neemt dat een deel van die onduidelijkheid weg.

Over de volledigheid van het gegunde voorstel was uw antwoord uiterst kort. Ik heb een aantal voorbeelden gegeven waarvan men nu, na de feiten, meent dat de gunning niet volledig is en dat een aantal functionaliteiten niet worden gedekt.

Ik maak uit uw korte opmerking daarover op dat u het daarmee niet eens bent en dat de gunning wel de volledige functionaliteit dekt.

Ten slotte hebt u helemaal niet geantwoord op mijn laatste vraag, hoewel die misschien wel cruciaal is. Hoe zult u proberen het vertrouwen te herstellen? Ik wil toch oproepen om minstens een initiatief te nemen voor de betrokken onderzoeksinstellingen die zich tekortgedaan voelen. De bestekken op e-Procurement zullen immers blijven komen. Het zou jammer zijn als mensen vanwege een zaak uit het verleden niet meer inschrijven of die opdrachten toch minstens met zeer grote reserves bekijken. Ik denk dat er nog altijd veel onduidelijkheid of ongerustheid is op het terrein en dat we ervoor moeten zorgen dat die wordt weggewerkt.

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

Le **président**: La question n° 56016756C de M. Gatelier est reportée.

**23 Question de Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La préférence des mutualités pour le coaching au détriment des professionnels de la santé mentale" (56016774C)**
**23 Vraag van Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De voorkeur van ziekenfondsen voor coaching boven erkende geestelijke gezondheidszorg" (56016774C)**

23.01 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Monsieur le ministre, la prévention des incapacités de travail liées à la souffrance psychique et l'accompagnement du retour au travail constituent aujourd'hui des priorités importantes de notre politique de santé et d'emploi. Dans ce contexte, plusieurs mutualités ont développé des interventions financières ou des programmes d'accompagnement reposant notamment sur du coaching destiné à certaines catégories de bénéficiaires ou aux personnes en incapacité de travail. Ces initiatives témoignent d'une volonté positive de soutenir les personnes concernées.

Toutefois, certains professionnels de terrain m'interpellent et s'interrogent sur la cohérence des mécanismes de soutien actuellement proposés. En effet, alors que certaines formes de coaching peuvent faire l'objet d'un remboursement ou d'un accompagnement spécifique, les consultations auprès de professionnels de la santé mentale reconnus – je pense notamment aux psychologues du travail, aux psychiatres ou encore aux médecins généralistes spécialisés dans les affections mentales liées au travail, au burn-out et aux risques psychosociaux – ne bénéficient pas toujours d'un soutien comparable. Cette situation peut susciter des interrogations quant à la place respective des différentes formes d'accompagnement dans les politiques de prévention et de réintégration, ainsi qu'aux garanties de qualité et d'encadrement offertes aux patients.

Partant de ce constat, monsieur le ministre, disposez-vous d'une vue d'ensemble des interventions accordées par les mutualités dans le cadre du coaching et de l'accompagnement du retour au travail? Comment évaluez-vous leur complémentarité avec les dispositifs reposant sur des professionnels de la santé mentale reconnus? Le gouvernement envisage-t-il de renforcer ou d'encourager davantage l'accès à des accompagnements assurés par des psychologues cliniciens ou d'autres professionnels de santé reconnus dans le cadre de la prévention des incapacités de travail et du retour à l'emploi? Enfin, comment garantir que les interventions soutenues financièrement par les mutualités dans le cadre de la santé mentale et du retour au travail reposent sur des critères suffisants de qualité, de qualification et d'évaluation? Et comment ces dispositifs s'articulent-ils avec l'offre de soins dispensés par les psychologues cliniciens et les autres professionnels de santé reconnus? Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

23.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le coordinateur de retour au travail assume un rôle de coordination actif dans les trajets de retour au travail, notamment en procédant, le cas échéant, à une orientation de la personne disposant d'un potentiel de travail vers le service régional de l'emploi ou vers un prestataire agréé du Fonds Retour Au Travail. Le coordinateur retour au travail n'est donc pas un coach, ce n'est pas un conseiller référent, mais bien un coordinateur qui permet un accompagnement personnalisé de la personne, une mise en réseau grâce aux ponts qu'il développe, notamment avec les régions et leurs conseillers référents, et qui permet donc d'orienter la personne vers la meilleure réponse en ce qui concerne un trajet retour au travail.

J'ai introduit ces nouveaux acteurs au sein des mutualités dans le cadre de ma première vague de mesures en lien avec le renforcement de l'accompagnement des personnes en incapacité de travail. Je n'ai, en revanche, pas connaissance d'un éventuel accompagnement proposé par les organismes assureurs dans le cadre de l'assurance complémentaire des services offerts à leurs membres. En parallèle, j'ai renforcé en 2026 l'accès aux soins psychologiques de première ligne pour soutenir la prévention des incapacités de travail et le retour à l'emploi avec un budget de 4,7 millions d'euros.

L'approche repose ici sur deux axes, un volet préventif – la détection et l'intervention précoces pour réduire l'absentéisme – et un volet proactif – l'accompagnement des personnes en incapacité ou en recherche d'emploi via des dispositifs en *outreach* dans les organismes de réinsertion à l'emploi. Cette stratégie favorise la collaboration entre acteurs de santé et de l'emploi, tout en garantissant la qualité et la déontologie des interventions. Elle s'appuie également sur des projets pilotes concluants destinés à être étendus.

23.03 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Je vous remercie pour vos réponses, monsieur le ministre.

Nous vous rejoignons sur la fonction réelle du coordinateur retour au travail en matière d'orientation et de référence, comme vous l'avez souligné.

Nous saluons bien entendu l'arrivée de ces nouveaux acteurs et nous resterons attentifs aux formations qui pourraient être dispensées en matière d'assurance complémentaire.

Je me réjouis également de constater que vous veillez réellement à garantir la déontologie des accompagnements proposés aux travailleurs. Par ailleurs, le renforcement de l'offre de première ligne, associé à une approche préventive et proactive, me paraît aller dans la bonne direction et constituer une solution adéquate.

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

**24 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique d'utilisation accrue de matériel médical réutilisable dans les hôpitaux" (56016796C)**
**24 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het beleid voor meer herbruikbaar medisch materiaal in ziekenhuizen" (56016796C)**

24.01 **François De Smet** (DéFI): Je renvoie au texte écrit de la question.

*La presse rapporte que les hôpitaux belges s'orientent progressivement vers une utilisation accrue de matériel médical réutilisable plutôt qu'à usage unique, démarche qualifiée d'"objectif ambitieux" par les acteurs hospitaliers eux-mêmes. Cette évolution est portée à la fois par des considérations environnementales - l'empreinte carbone du secteur hospitalier figure parmi les plus élevées du secteur santé et une démarche d'économie circulaire - et par des considérations budgétaires, alors que les dispositifs médicaux à usage unique pèsent de manière croissante sur les budgets de fonctionnement hospitaliers et indirectement sur l'INAMI.*

*Le financement et la programmation hospitalière fédérale, ainsi que la nomenclature des prestations remboursées, relèvent intégralement de la compétence fédérale en application de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins et de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.*

*Le Plan Santé présenté par votre prédécesseur comportait un volet "soins durables", et l'AFMPS encadre les exigences de retraitement et de stérilisation, conformément au règlement (UE) 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux qui impose la traçabilité et la conformité du matériel retraité.*

*À ce jour, aucun cadre fédéral unifié n'impose d'objectif quantifié de matériel réutilisable dans les hôpitaux belges, et la nomenclature INAMI reste structurellement défavorable aux dispositifs réutilisables dont le coût d'investissement initial est plus élevé.*

*En conséquence, M. le ministre peut-il me faire savoir:*

*si une politique fédérale encourageant ou imposant le recours au matériel médical réutilisable sera formalisée dans les hôpitaux belges, et selon quels objectifs chiffrés?*
*si l'INAMI prévoit une adaptation des nomenclatures de remboursement pour neutraliser les différentiels de coût entre matériel à usage unique et matériel réutilisable, et si l'AFMPS dispose des moyens suffisants pour assurer le contrôle de qualité et de sécurité du retraitement conformément au règlement (UE) 2017/745?*
*les obstacles logistiques, réglementaires ou financiers identifiés à ce jour par votre administration,*
*Comment cette politique sera coordonnée avec les Communautés compétentes pour la formation des soignants au retraitement?*

24.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La question appelle une réponse relativement longue. Je vais donc essayer de la résumer.

L'utilisation de matériel médical restérilisable doit en effet être envisagée dans le contexte plus large des efforts visant à atteindre les objectifs de développement durable, sans pour autant prendre de risques en termes de sécurité du patient. À cet égard, le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement a lancé, en septembre 2025, un appel à projets portant sur des projets pilotes visant à décourager l'utilisation de matériel médical à usage unique, soit en recourant à du matériel réutilisable soit en évitant toute utilisation inutile de matériel.

Ces projets bénéficient d'un soutien du gouvernement fédéral pour un montant total de

633 000 euros. La sélection des six projets retenus a été publiée au Moniteur belge les 27 et 29 mai. Ces projets feront l'objet d'un suivi par l'administration fédérale jusqu'en 2028 afin d'en évaluer l'efficacité et la durabilité en matière de réduction des dispositifs à usage unique. Les lauréats bénéficieront du soutien d'un consultant externe pour le rapport et l'évaluation de leur impact afin de permettre leur déploiement en fonction des résultats et d'améliorer les pratiques dans d'autres hôpitaux.

En ce qui concerne la sécurité des patients et la possibilité de restériliser correctement le matériel, je peux vous indiquer que la Commission européenne a présenté, le 16 décembre 2025, une proposition de révision du cadre réglementaire. Dans ce contexte, il est proposé de confier aux fabricants la responsabilité de déterminer si, et dans quelles conditions, un dispositif peut être retraité. Lorsqu'un fabricant estime qu'un dispositif ne peut pas être retraité, cette position devra être dûment justifiée. En rendant le retraitement des dispositifs médicaux plus simple et plus attractif, la Commission espère favoriser une transition vers une utilisation accrue de MUD. La Belgique soutient cette proposition visant à transférer la responsabilité du retraitement des hôpitaux vers les fabricants, sans pour autant alourdir les charges administratives. À ce stade, aucune échéance précise n'a encore été fixée pour l'adoption définitive de ces modifications.

À ce stade, pour les dispositifs médico-invasifs remboursés séparément par l'INAMI, aucune différence n'est faite entre les dispositifs réutilisables à usage unique ou ayant fait l'objet d'un retraitement. Le coût d'achat des dispositifs réutilisables est habituellement plus élevé, et s'y ajoutent les coûts liés à la stérilisation, mais ceux-ci peuvent être compensés sur le long terme via les remboursements existants.

En ce qui concerne le retraitement des dispositifs à usage unique, tel que prévu par le règlement de l'Union européenne 2017/745 relatif aux dispositifs médicaux, aucun hôpital n'est actuellement enregistré comme reprocesseur de SUD auprès de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS). Les contrôles de routine réalisés à ce jour montrent que cette activité reste, à l'heure actuelle, très limitée chez nous. Les hôpitaux exerçant cette activité sont priés de l'arrêter ou de se mettre en conformité avec la législation applicable.

J'en viens aux obstacles logistiques. En ce qui concerne le retraitement des SUD, plusieurs contraintes à la fois réglementaires, logistiques et financières existent. Les établissements hospitaliers doivent notamment accomplir un certain nombre de démarches administratives préalables, telles que la mise en place d'un système de gestion de la qualité ainsi qu'une analyse des risques de retraitement des SUD. Ce système inclut, entre autres, des mesures relatives à la gestion des risques et à la traçabilité.

Par ailleurs, la conformité des activités de retraitement aux spécifications communes définies au plan européen doit être évaluée par un organisme notifié. Ces exigences réglementaires impliquent des coûts qui peuvent se révéler significatifs pour les établissements de soins. Sur le plan logistique et technique, le retraitement des dispositifs MUD et SUD nécessite une expertise spécifique ainsi que des infrastructures et des équipements adaptés.

En outre, les méthodes de retraitement disponibles en milieu hospitalier sont limitées.

Le secteur indique que le financement est insuffisant pour répondre à toutes les exigences en la matière. À ce jour, il n'existe pas encore d'analyse budgétaire détaillée.

D'une manière générale, l'organisation de la formation des professionnels de la santé relève de la compétence des communautés. Cela étant dit, dans le cadre du Plan d'action national environnement santé (NEHAP), il existe déjà un projet de formation destiné aux professionnels de la santé sur les thèmes liés à l'environnement et à la santé. Par le biais du NEHAP, les différentes administrations collaborent afin de coordonner une politique commune. À l'heure actuelle, aucun module n'est prévu concernant la politique relative au matériel médical réutilisable.

Bien que ce projet "Reducing Single-Use in Hospitals" (ReSUH) soit une initiative fédérale, sa conception et les différentes étapes de son déploiement ont également été discutées au sein du groupe de travail Low Carbon Health Systems du NEHAP, où siègent des représentants des communautés qui ont pu faire part de leur point de vue et de leurs réserves.

Les communautés participent au jury chargé de sélectionner les projets retenus et seront également associées au suivi de ces projets pilotes par l'intermédiaire du comité de suivi.

24.03 **François De Smet** (DéFI): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse certes longue, mais

nécessaire et utile. C'est un sujet que je trouve vraiment intéressant, parce que l'obtention du juste équilibre entre normes de sécurité et développement durable est délicate. Voilà, j'en ai appris plus. Je vous remercie.

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

**25 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De inhaalbedragen van de ziekenhuizen" (56016800C)**
**25 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les montants de rattrapage des hôpitaux" (56016800C)**

25.01 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, de financiële gezondheid en de leefbaarheid van onze ziekenhuizen is een topic die al jaren leeft binnen onze gezondheidszorg en zeker binnen de ziekenhuiswereld. Een van de structurele bekommernissen in de financiering is de historische vertraging bij de definitieve afrekening van het Budget van Financiële Middelen, het BFM. De zogenaamde positieve of negatieve inhaalbedragen lieten in het verleden soms jaren op zich wachten. Dat zorgde voor grote onzekerheid op de balansen en dwong sommige ziekenhuizen er geregeld toe om cashflowproblemen extern te financieren.

We vangen echter signalen op dat de FOD Volksgezondheid de afgelopen periode achter de schermen een serieuze versnelling heeft ingezet of aan het doorvoeren is om die historische achterstallen weg te werken. Voor de meeste ziekenhuizen heeft dat onmiskenbaar een positief casheffect. Het sneller groeien van die middelen geeft de sector de broodnodige financiële ademruimte om noodzakelijke investeringen te doen en de operationele liquiditeit te waarborgen.

Mijnheer de minister, ik heb drie vragen voor u. Ten eerste, welke specifieke methodiek of operationele ingrepen heeft de FOD Volksgezondheid toegepast of past ze momenteel toe om de berekening en uitbetaling van de inhaalbedragen drastisch te versnellen?

Ten tweede, kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot die inhaaloperatie? Welk volume aan openstaande inhaalbedragen is inmiddels weggewerkt? Welk casheffect heeft dat globaal teweeggebracht binnen de sector? Welke zogenaamd historische jaren moeten eventueel nog worden afgedekt?

Ten derde, hoe zal de nieuwe toekomstige procedure eruitzien om te vermijden dat er in de toekomst opnieuw grote achterstallen worden opgebouwd? Kunt u toelichten hoe de FOD die snellere doorlooptijd structureel wil verankeren in de BFM-systematiek?

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Bertels, u hebt gelijk om te benadrukken dat de situatie uit het verleden, gekenmerkt door aanzienlijke vertragingen in de verwerking van de herzieningen van het Budget van Financiële Middelen, lange tijd een zware impact heeft gehad op het financieel beheer van de ziekenhuizen.

Gelet op die vaststelling werd in 2024 een ambitieuze en structurele hervorming opgestart, met als doel om de opgebouwde achterstand weg te werken. Concreet zijn we overgestapt van een gefragmenteerd systeem, dat ziekenhuis per ziekenhuis behandelde en dus moeilijk voorspelbaar was, naar een globaal en gestructureerd proces. Voortaan worden de herzieningen op een uniforme wijze verwerkt voor alle ziekenhuizen. Tegelijkertijd werden de notificatietermijnen geharmoniseerd. Alle ziekenhuizen ontvangen hun herzieningen voortaan op hetzelfde moment, namelijk bij de kennisgeving van het Budget van Financiële Middelen op 1 juli.

Wat betreft de stand van zaken van de inhaalbeweging, er kan worden gesteld dat die vandaag goed op schema ligt. We hebben gekozen voor een gestructureerde aanpak per maatregel in plaats van per herzieningsjaar, waardoor de betrokken periodes van 2018 tot 2024 transversaal kunnen worden behandeld.

Een eerste belangrijke stap werd reeds gezet in juli 2025 met de integratie van een aanzienlijk volume aan herzieningen waarvoor de gegevens beschikbaar waren. Dat heeft een concreet kasstroomeffect gehad voor de ziekenhuizen. Daarbij werd in 2025 ongeveer 650 miljoen euro werd vrijgemaakt, vermeerderd met 310 miljoen euro die werd vrijgegeven en vanaf juli 2026 in de budgetten van de ziekenhuizen zal worden opgenomen. Die inspanning wordt voortgezet om de achterstand uit het verleden verder weg te werken.

Een tweede fase is momenteel lopende. Die heeft, ten eerste, betrekking op de eindeloopbaanmaatregelen voor de jaren 2018 tot

en met 2023, waarvan de resultaten in juli 2026 aan de ziekenhuizen zullen worden meegedeeld en, ten tweede, op de maatregelen uit de sociale akkoorden met betrekking tot IFIC, de titels en kwalificaties, het specialisatiecomplement en het functiecomplement voor de jaren 2020 tot en met 2024. Voor die laatste maatregelen is de gegevensverzameling bijna afgerond. Na deze fase volgen de controle- en de berekeningsfase.

Ons doel is om tegen 2027 de volledige achterstand weg te werken en tot een stabiel systeem te komen. Op termijn zullen de herzieningen jaarlijks worden berekend en meegedeeld volgens een vast tijdschema met beheersbare termijnen.

Deze hervorming kadert bovendien in een bredere dynamiek van modernisering van de ziekenhuisfinanciering, met als doel het systeem structureel te versterken.

25.03 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Belangrijk is dat u zegt dat de FOD Volksgezondheid de bedoeling heeft en ook op schema zit om het systeem structureel te verankeren en vanaf dan elk jaar op basis van de gegevensverzameling en de inhaalbedragen te verwerken.

Ten tweede, als ik het goed begrepen heb, zegt u dat in 2025 en 2026 opgeteld bijna 1 miljard aan cashflowmaatregelen zijn toegekomen bij de ziekenhuizen. Dat vind ik een goede zaak voor de leefbaarheid en de financiële houdbaarheid van ons ziekenhuissysteem. Sommige ziekenhuizen hebben daar nood aan en we moeten ervoor zorgen dat zij een correcte financiering krijgen in het kader van de ziekenhuisfinanciering.

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

**26 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De facturatie van verstrekkingen van mondhygiënisten" (56016809C)**
**26 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La facturation des actes des hygiénistes bucco-dentaires" (56016809C)**

26.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, le 22 avril 2026, l'INAMI a diffusé une circulaire rappelant qu'un dentiste ne peut facturer que les prestations qu'il a personnellement réalisées, excluant *de facto* toute facturation d'actes effectués par un hygiéniste bucco-dentaire. Sont notamment visés des actes courants, tels que les examens buccaux, les détartrages ou les radiographies.

Cette circulaire a suscité une réaction vive au sein du secteur. Le problème soulevé est structurel: si les hygiénistes bucco-dentaires sont légalement habilités à réaliser plusieurs de ces actes, la nomenclature actuelle ne prévoit des codes de remboursement que pour une partie limitée de leurs prestations. Les professionnels se retrouvent ainsi exposés à des contrôles et à des récupérations, sans disposer d'un cadre clair leur permettant d'exercer leur activité en toute sécurité juridique. Cette situation fragilise une profession encore jeune en Belgique, pourtant reconnue comme essentielle en matière de prévention bucco-dentaire, et risque de peser directement sur l'offre de soins accessible aux patients.

Monsieur le ministre, quelle est la portée exacte de cette circulaire? S'agit-il d'un simple rappel du cadre juridique existant ou d'un durcissement de la position de l'INAMI par rapport à une pratique jusqu'ici tolérée? Une concertation préalable avec les représentants des hygiénistes bucco-dentaires et des dentistes a-t-elle eu lieu avant la diffusion de cette circulaire? N'y a-t-il pas une incohérence entre les compétences légales des hygiénistes bucco-dentaires et l'absence de codes de nomenclature correspondants? Quelles mesures concrètes entendez-vous prendre pour garantir que les hygiénistes bucco-dentaires puissent exercer leur profession dans un cadre légal clair? Envisagez-vous une révision du cadre réglementaire permettant aux hygiénistes bucco-dentaires de facturer directement les actes relevant de leur champ de compétences? Des mesures transitoires sont-elles prévues dans l'attente d'une clarification, afin d'éviter une désorganisation immédiate des soins bucco-dentaires?

26.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Concernant la lettre de sensibilisation du SECM, nous comprenons largement les préoccupations du secteur, et une rencontre a eu lieu à cet égard avec mon cabinet en ma présence et celle de la présidente de la BBM et de l'INAMI. Les deux organisations, l'UBPS et la BBM, ont également reçu une réponse écrite à leur courriel pour faire face à leurs inquiétudes. Toutefois, la SECM a simplement rappelé les règles de nomenclature en vigueur.

La lettre a été envoyée uniquement aux dentistes, car il s'agit de leur nomenclature. La lettre a été exposée, discutée et approuvée à la commission nationale dento-mutualiste, plus connue sous le nom de dento-mut, le 29 janvier 2026. C'est d'ailleurs ce même organe, dans lequel siègent uniquement les représentants du secteur de la dentisterie et les organismes assureurs, qui a défini les actes facturables par les hygiénistes dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, actuellement le détartrage et le scellement de fissures uniquement. Cependant, ils sont formés à d'autres nombreuses compétences bucco-dentaires, certaines relevant de la responsabilité des entités fédérées, et d'autres de l'assurance maladie obligatoire. Pourtant, la nomenclature actuelle ne reflète pas l'étendue du champ de leurs compétences. C'est pourquoi nous investiguons des pistes de solutions, afin de faire meilleur usage de la profession des soins de santé. Toutefois, la difficulté de la délégation des actes de dentisterie aux hygiénistes réside dans la subdivision des actes de nomenclature qui, actuellement, forment un tout et qui sont considérés comme indivisibles au regard de la réglementation en vigueur. Or l'hygiéniste n'est pas compétent pour l'entièreté des actes prévus, notamment car ses compétences relèvent de la prévention et non du curatif.

Je laisse aux organes de concertation de l'INAMI le soin de se prononcer sur les modalités et les conditions de remboursement des actes qui pourraient être effectués, en tout ou en partie, par des hygiénistes bucco-dentaires, afin que le conseil technique dentaire examine cette problématique dans le cadre de la réforme de la nomenclature en cours.

En attendant, la sécurité juridique quant à la pratique de la profession d'hygiéniste et sa collaboration avec les dentistes est assurée par l'arrêté royal du 28 mars 2018. Cet arrêté définit explicitement les actes et prestations que l'hygiéniste bucco-dentaire est autorisé à accomplir, en distinguant notamment les actes autonomes, les prestations techniques soumises à prescription et les actes confiés par un dentiste.

Il s'agit d'une question complexe. Ma sympathie va sincèrement à ceux qui cherchent des solutions et qui souhaitent valoriser les compétences de cette profession. Nous sommes actuellement en discussion sur ce sujet.

26.03 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Permettez-moi toutefois d'insister sur l'importance de clarifier la situation des hygiénistes bucco-dentaires, en raison de la difficulté actuelle des patients confrontés à la pénurie de dentistes dans certaines régions. Au regard de cette pénurie, l'aide et la place des hygiénistes bucco-dentaires dans l'ensemble de la chaîne de soins est importante. Il est important de clarifier cette situation.

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

**27 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le pointage obligatoire dans les soins infirmiers à domicile" (56016820C)**
**27 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De prikklok in de thuisverpleging" (56016820C)**

27.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, un projet pilote vise à renforcer les contrôles des prestations des infirmiers à domicile au moyen d'un système de pointage obligatoire chez les patients, impliquant une lecture de la carte d'identité à l'entrée et à la sortie de chaque visite. Un récent courrier de l'INAMI indique, par ailleurs, que les prestations pour lesquelles aucun pointage ne pourrait être effectué risquent de ne plus être rémunérées.

Cette mesure suscite une vive inquiétude sur le terrain, en particulier parmi les infirmiers indépendants, qui y voient une remise en cause de leur statut. En effet, rémunérer des indépendants à l'heure, avec un contrôle strict des heures d'entrée et de sortie, s'apparente davantage à un régime de salariat qu'à l'exercice d'une activité indépendante.

De plus, la grande majorité des patients concernés sont des personnes âgées, souvent très fragilisées, qui ne disposent pas toujours d'un smartphone ou d'outils numériques et qui ne sont pas familiarisées avec des applications telles qu'Itsme.

Si des abus isolés ont pu être constatés – nous en sommes bien conscients, notamment à la suite d'affaires relayées en Flandre –, faire peser des contraintes aussi lourdes sur l'ensemble d'un secteur en raison de situations marginales paraît disproportionné et de nature à décourager des professionnels déjà confrontés à des conditions d'exercice difficiles.

Les conséquences redoutées sont multiples: augmentation de la charge administrative, difficultés accrues pour les patients les plus vulnérables, découragement des indépendants, perte d'attractivité du métier et aggravation d'une pénurie déjà très préoccupante dans les soins infirmiers à domicile.

Monsieur le ministre, quelle est l'étendue exacte du projet pilote de pointage obligatoire? Quels prestataires, quels actes et quels territoires sont concernés, et quel en est le calendrier de déploiement? Une concertation structurée avec les représentants des infirmiers indépendants a-t-elle eu lieu avant le lancement de ce projet? Reconnaissez-vous que le système de pointage via lecture de carte d'identité n'est pas nécessairement adapté à une large part des patients concernés, notamment les personnes âgées?

Le courrier de l'INAMI mentionnant la non-rémunération des prestations sans pointage a-t-il un caractère contraignant et immédiat? Quelles mesures entendez-vous prendre pour éviter que ce dispositif n'aggrave la pénurie d'infirmiers à domicile? Envisagez-vous de revoir la portée et les modalités de ce projet pilote à la lumière des retours du terrain?

Je vous remercie pour vos réponses.

27.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Voorzitter, ik meen dat vraag nr. 56016890C van mevrouw Depoorter over hetzelfde thema gaat, over de fraudebestrijdingsplannen van het RIZIV, en ook vraag nr. 56016982C van mezelf, over de verplichte e-ID-lezing door thuisverpleegkundigen. Ik vermoed dat die over hetzelfde gaan, als ik goed geluisterd heb.

De **voorzitter**: De diensten hebben ze niet samengevoegd.

27.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ze gaan wel over hetzelfde thema, maar het zijn niet helemaal dezelfde vragen.

Ik wil ze wel samen beantwoorden.

De **voorzitter**: Beantwoord anders eerst de vraag van de heer Bacquelaine. De vraag van mevrouw Sneppe komt straks.

27.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik meen dat het in grote mate om aanvullende vragen gaat, hoor.

En ce qui concerne les questions de M. Bacquelaine, je peux me tromper, mais j'ai l'impression que vos questions mêlent peut-être deux mesures différentes qui ne sont pas liées entre elles. Il y a un projet pilote qui a débuté le 1er juin de cette année-ci, qui vise à tester un financement alternatif des soins infirmiers à domicile. Pendant deux ans, 32 pratiques pilotes réparties dans le pays factureront les soins infirmiers selon le temps consacré à la dispensation des soins.

Le temps sera déclaré dans la facturation et une lecture de la carte d'identité est prévue à chaque contact, mais il n'est pas question d'un pointage, d'une lecture in et out. Ce projet est porté par les associations représentatives des infirmiers à domicile salariés et indépendants, les organismes assureurs et l'INAMI. Le projet espère répondre aux problèmes d'attractivité, des charges administratives et des qualités de soins. D'ailleurs, je pense que Mme Sneppe a posé des questions sur la représentativité des gens qui participent à ce projet pilote.

Il convient toutefois de distinguer cette question de celle de l'obligation, imposée aux infirmiers depuis 2017, de lire la carte d'identité à chaque contact avec le patient. Elle s'applique aussi, désormais, à d'autres secteurs. Qu'est-ce qui change? À compter du 1er janvier 2027, la lecture de la puce sera une condition pour le paiement. Les infirmiers ont reçu, en effet, un courrier qui présente la mesure et les alternatives prévues pour les situations exceptionnelles que vous décrivez. Le modèle de concertation en définira les modalités pratiques et, le cas échéant, ses adaptations.

Certes, d'autres questions subsistent autour de cette même problématique. Il est exact que la lecture de la carte d'identité est également prévue dans le cadre du projet pilote relatif au financement. Toutefois, il s'agit, malgré tout, d'une question distincte de celle que nous évoquons aujourd'hui, à savoir que, dès le début de l'année prochaine, l'obligation de lecture de la carte d'identité dans les soins infirmiers à domicile sera assortie d'une conditionnalité en matière de paiement. La mise en œuvre de cette mesure fait actuellement l'objet d'un travail de préparation en termes de communication. À cet égard, la concertation avec les acteurs concernés est nécessaire.

27.05 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, j'entends bien votre réponse, mais c'est précisément là que se pose le problème. C'est déjà

le cas des médecins généralistes, qui se heurtent souvent à des difficultés de lecture des cartes d'identité lors de leurs visites à domicile chez des patients plus âgés.

Si l'on veut pouvoir garantir le maintien à domicile des personnes âgées, il faut, à mon avis, éviter d'alourdir les charges administratives des infirmiers indépendants, dont la majorité des patients à domicile sont des personnes très âgées. L'aspect administratif complexe des soins décourage en effet une partie des infirmiers indépendants, qui se sentent tout de même un peu démunis par rapport à ces obligations.

Je ne sais pas quelle est la solution pratique. Je me rends bien compte qu'il faut un système de contrôle efficace, mais je pense qu'il s'agit ici d'une évolution qui compliquera progressivement le travail des infirmiers à domicile et rendra donc moins efficace la pratique à domicile. Par conséquent, le maintien à domicile sera plus difficile qu'auparavant.

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

**28 Question de Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'intelligence artificielle et le soutien psychologique" (56016841C)**
**28 Vraag van Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "AI voor psychologische steun" (56016841C)**

28.01 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Monsieur le ministre, selon plusieurs enquêtes récentes, un nombre croissant de citoyens ont recours à des outils d'intelligence artificielle générative pour obtenir des informations relatives à leur santé mentale, exprimer leurs difficultés personnelles ou rechercher une forme de soutien psychologique.

Cette évolution s'explique notamment par la disponibilité permanente de ces outils, leur facilité d'accès et les difficultés que rencontrent encore certaines personnes pour accéder rapidement à un accompagnement psychologique ou psychiatrique.

Plusieurs experts ont toutefois récemment rappelé les limites de ces technologies lorsqu'elles sont utilisées comme substitut à une prise en charge professionnelle. Ils soulignent notamment les risques liés à la diffusion d'informations inexactes, au biais de confirmation, à l'absence de véritable relation thérapeutique ou encore à la dépendance que certains utilisateurs peuvent développer à l'égard de ces outils.

Parallèlement, diverses initiatives sont actuellement expérimentées à l'étranger afin d'utiliser certaines applications d'intelligence artificielle comme outil complémentaire dans le cadre du suivi de patients, sous la supervision de professionnels de la santé.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'informations concernant l'utilisation de l'intelligence artificielle par les citoyens belges dans le domaine de la santé mentale et les éventuels risques identifiés par les autorités sanitaires?

Des réflexions ou travaux sont-ils en cours au sein du SPF Santé publique, de l'INAMI ou d'autres instances compétentes concernant l'encadrement de ces outils?

Une éventuelle utilisation comme soutien complémentaire aux soins psychologiques et psychiatriques est-elle déjà en cours?

28.02 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik heb ook een vraag over het onderwerp, namelijk over het AXA-rapport, AI en geestelijke gezondheidszorg.

De heer Bacquelaine maaide ook al met zijn vraag het gras voor mijn voeten weg. Dat zal nu ook gebeuren. Het is raar dat de vragen niet zijn samengevoegd.

28.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik sta open voor alle opties. Ik verwijs naar het secretariaat.

De **voorzitter**: Het secretariaat heeft dat beslist. Ik stel voor dat wij de agenda volgen. U zult uw vragen nog kunnen stellen. U hoeft geen schrik te hebben.

28.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Dat weet ik. Voor de efficiëntie wil ik best verwijzen naar de schriftelijke versie van mijn vraag maar dan kan ze ten minste worden gesteld.

28.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: U hebt gelijk. Het is niet erg efficiënt. Misschien moeten wij dat dan met het secretariaat opnemen.

28.06 **Dominiek Sneppe** (VB): De titels zijn anders.

De **voorzitter**: U komt nog aan bod. U hoeft geen schrik te hebben.

28.07 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik heb geen schrik. Ik merkte het enkel op. Qua efficiëntie is de werkwijze allesbehalve goed.

De **voorzitter**: Wij zullen eerst de minister laten antwoorden op de vraag van mevrouw Hansez.

28.08 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Hansez, les autorités sanitaires belges suivent avec attention l'essor de l'utilisation des outils d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé mentale. Bien que peu de données consolidées soient actuellement disponibles quant à leur usage précis par les citoyens, plusieurs signaux confirment une adoption croissante, notamment en raison de leur accessibilité.

Les risques identifiés rejoignent ceux évoqués par les experts: informations inexactes, biais algorithmiques, absence de relation thérapeutique, risques de dépendance, absence d'évaluation clinique complète, risque de retard dans le recours à des soins professionnels, absence de relation thérapeutique et de suivi dans le temps.

Des réflexions sont en cours au sein des autorités compétentes, notamment au niveau européen. Elles portent sur sur l'encadrement de ces outils, en cohérence avec le règlement européen sur l'intelligence artificielle et les législations relatives aux dispositifs médicaux, afin de garantir la sécurité, la transparence et la qualité des applications utilisées.

L'usage de l'intelligence artificielle comme soutien complémentaire est envisagé avec prudence. Certaines initiatives exploratoires existent, mais toujours sous la supervision de professionnels de la santé. Il est essentiel de rappeler que ces outils ne peuvent en aucun cas se substituer à une prise en charge psychologique ou psychiatrique professionnelle.

28.09 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie. Il est évident que nous devons dès aujourd'hui prendre le tournant de l'intelligence artificielle, on ne peut l'ignorer. Ce bouleversement doit évidemment être encadré. Nous suivrons les différentes concertations en cours au niveau belge et européen. L'utilisation de l'intelligence artificielle doit être considérée avec prudence et je pense que c'est la posture que vous adoptez aujourd'hui.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56016866C van mevrouw Els Van Hoof wordt uitgesteld.

**29 Samengevoegde vragen van**
**- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het fraudebestrijdingsplan van het RIZIV" (56016890C)**
**- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verplichte e-ID-inlezing door thuisverpleegkundigen vanaf 1 januari 2027" (56016982C)**
**29 Questions jointes de**
**- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan de lutte contre la fraude de l'INAMI" (56016890C)**
**- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'obligation pour les infirmiers à domicile de vérifier l'eID à partir du 1er janvier 2027" (56016982C)**

29.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, sorry als ik in herhaling val, maar zo is het de wil van de voorzitter.

Vanaf de gefactureerde maand januari 2027 zal de elektronische verificatie van de identiteit van de patiënt in de thuisverpleging gelden als betalingsvoorwaarde voor de elektronische derde-betalersregeling. Het RIZIV vermeldt daarbij dat de identiteit sinds 2017 bij elk patiëntencontact moet worden geverifieerd en dat de regels vanaf 1 januari 2027 worden aangepast. In de praktijk betekent het dat thuisverpleegkundigen in minstens 90 % van de gevallen de identiteit elektronisch moeten verifiëren via de chip van de eID, via de ISI+-kaart of via itsme. Manuele invoering wordt slechts beperkt toegelaten, onder meer bij technische overmacht of bij een latere verificatie. Het ziekenfondsvignet wordt volledig geschrapt.

Laat één ding duidelijk zijn, mijnheer de minister: fraudebestrijding is noodzakelijk. Wie onterecht prestaties aanrekent, moet worden aangepakt. Maatregelen tegen fraude mogen echter niet ontaarden in nieuwe administratieve molenstenen rond de nek van thuisverpleegkundigen die elke dag correct hun werk doen.

Op het terrein is er grote ongerustheid. De norm van 90 % ligt namelijk bijzonder hoog. Thuisverpleegkundigen wijzen erop dat zij vaak niet verantwoordelijk zijn wanneer een eID niet kan

worden ingelezen. Dat kan immers verschillende redenen hebben: een patiënt heeft zijn identiteitskaart niet bij zich, de kaart is beschadigd of vervallen, de kaartlezer werkt niet, de internetverbinding valt weg of de software hapert. Ook beroepsorganisaties waarschuwen dat een sanctienorm van 90 % niet realistisch is en kan leiden tot onzekerheid over de uitbetaling van correct geleverde zorg. Het gevolg is dat zorgverleners die wel bij de patiënt zijn geweest en wel zorg hebben verleend, toch financieel kunnen worden geraakt door een technisch of praktisch probleem buiten hun wil.

Waarop baseert u de norm van 90 %? Is die norm vooraf getoetst aan de dagelijkse realiteit van de thuisverpleging? Bent u bereid situaties buiten de wil van de thuisverpleegkundige niet mee te tellen in de berekening van de 90 %? Ik denk aan technische problemen, patiënten zonder eID, defecte kaarten en softwareproblemen, want ook die software staat nog niet op punt.

Kunt u garanderen dat correct geleverde zorg niet onbetaald blijft louter omdat de eID niet kon worden ingelezen? Komt er een werkbare overgangsperiode en komen er duidelijke uitzonderingsregels, voordat de maatregel vanaf 1 januari 2027 als betalingsvoorwaarde wordt toegepast? Bent u bereid om samen met de sector de norm van 90 % te herbekijken en te vervangen door een realistische, proportionele en werkbare regeling?

29.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe had gelijk dat haar vraag ingaat op een specifieke situatie. Ik zal daarom meer gedetailleerd antwoorden dan op de vraag van de heer Bacquelaine.

Ik herhaal dat de elektronische verificatie van de identiteit van een rechthebbende in de thuisverpleging al bestaat sinds 2017. In ons plan Handhaving Gezondheidszorg 2026-2030 is echter opgenomen dat we aan die verplichting betalingsvoorwaarden zullen koppelen. Concreet zal de thuisverpleegkundige per elektronisch facturatiebestand een minimumdrempel voor de elektronische verificatie van de identiteit van de rechthebbende moeten respecteren. De doelstelling is en blijft fraude beter te voorkomen en ervoor te zorgen dat aangerekende verstrekkingen overeenstemmen met de effectief geleverde zorg. De sector van de thuisverpleging wordt betrokken bij de verdere uitwerking van de maatregel. Die wordt momenteel besproken in de Overeenkomstencommissie tussen de administratie, de sector en de verzekeringsinstellingen.

In dat kader voert de administratie momenteel ook een impactanalyse uit. Die analyse moet toelaten beter te begrijpen hoe de elektronische verificatie vandaag in de praktijk verloopt, in welke situaties een elektronische verificatie niet mogelijk is en hoe vaak dergelijke situaties zich voordoen. Het gaat er dus om de maatregel correct, werkbaar en proportioneel toe te passen, zonder afbreuk te doen aan de doelstelling van fraudebestrijding.

Er wordt in voorzien dat vanaf de inwerkingtreding een elektronisch facturatiebestand dat niet aan de vastgestelde voorwaarden voldoet, kan worden verworpen. Het zal echter opnieuw kunnen worden ingediend en worden aanvaard op voorwaarde dat het na correctie wel aan de voorwaarden voldoet.

Net zoals de verplichte elektronische verificatie van de identiteit van de rechthebbenden in de sector thuisverpleging tijdens de covidcrisis werd opgeschort, zullen de betalingsvoorwaarden kunnen worden opgeschort in geval van ernstige en veralgemeende softwareproblemen of technische storingen die de sector thuisverpleging beletten aan de voorwaarden te voldoen. Dergelijke problemen kunnen steeds worden gemeld via de gebruikelijke overlegorganen in het RIZIV.

Tot slot, de betrokken zorgverleners zullen vooraf worden geïnformeerd via communicatie van het RIZIV en via waarschuwingssignalen van de verzekeringsinstellingen.

29.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister. U beantwoordt mijn vraag niet helemaal bevredigend, maar goed.

Er bestaat geen twijfel over dat we fraude moeten bestrijden. Een antifraudemaatregel mag echter niet ontaarden in nieuwe administratieve rompslomp voor de thuisverpleegkundigen, die nu al onderworpen worden aan heel veel administratieve verplichtingen.

Dat de maatregel ook wordt gekoppeld aan de uitbetaling, is eigenlijk nog het ergste, want vaak kunnen zij er niets aan doen dat de eID niet kan worden gelezen. Allerlei onvoorziene omstandigheden kunnen daarvan de oorzaak zijn. Ook staan de softwareprogramma's nog niet op punt. Daar zullen dus zeker nog heel wat problemen opduiken. De zorgverstrekker, in dit geval de zelfstandige thuisverpleegkundige, wordt wel onmiddellijk gestraft, want hij krijgt geen verloning. Voor zelfstandigen is het uitblijven van

een inkomen natuurlijk een ramp.

U zegt wel dat u een correcte, werkbare en proportionele regeling wilt uitwerken. De aangehaalde regeling is vooral niet proportioneel. Het is niet juist dat een zelfstandige thuisverpleegkundige door het niet halen van de 90 %-norm geen verloning krijgt. Ik hoop dus dat u overleg pleegt met de volledige sector.

U zegt wel dat de sector aan tafel zit, maar ik vraag me af welk deel van de sector dat precies is. Als alleen de grote verenigingen daar vertegenwoordigd zijn, dan hebben we toch een probleem, want er zijn heel veel kleine zelfstandigen die de zorg mee draaiende houden. Als we die ook nog verliezen, wordt de situatie helemaal dramatisch. We kampen nu al met een tekort aan zorgverleners. Zeker als de ziekenhuisverblijven worden ingekort en er meer ambulante zorg en dus meer thuiszorg zal moeten worden verleend, mogen we die belangrijke groep zorgverstrekkers zeker niet verliezen.

Mijnheer de minister, u zegt dat de kwestie nu nog wordt besproken in het Verzekeringscomité en ik hoop dan ook dat ook de kleine zelfstandigen in dat overleg voldoende worden gehoord.

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

**30 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (algemene beleidsopvolging)" (56016895C)**
**30 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (suivi de la politique générale)" (56016895C)**

30.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *Het AXA Mind Health Report 2026 bevestigt een bredere trend: mentale gezondheid staat steeds hoger op de agenda, maar de mentale toestand van burgers verbetert niet automatisch. Integendeel, het rapport spreekt over een verdere toename van mensen die psychisch worstelen, met bijzondere risico's voor jongeren, werknemers en mensen die geen professionele hulp zoeken.*

*Welke lessen trekt u uit dit rapport voor het Belgische geestelijkegezondheidsbeleid?*
*Ziet u in de cijfers aanleiding om bepaalde beleidsprioriteiten bij te sturen?*
*Hoe zal u de impact van bestaande maatregelen meten, niet alleen op basis van middelen of aantal trajecten, maar op basis van effectieve verbetering voor patiënten?*
*Welke bijkomende initiatieven mogen we deze legislatuur nog verwachten?*

30.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dit is interessant. Het AXA-rapport bevestigt dat de noden inzake geestelijke gezondheid in België groot en structureel zijn. Het beleid zit daarbij op de juiste koers, denk ik. Bestaande keuzes, zoals investeringen in eerstelijnspsychologische zorg, crisis- en urgentiepsychiatrie, middelengebruik en rationeel medicatiegebruik, sluiten aan bij reële behoeften. In het licht van dat rapport is er dus geen reden om de beleidskeuzes fundamenteel bij te sturen. Ik denk dat we dit moeten bestendigen en verdiepen, in een goede samenwerking met de deelstaten. Daarom werken we aan een interfederaal plan voor geestelijke gezondheidszorg.

De impact van de maatregelen moet via wetenschappelijke evaluaties worden opgevolgd. Dat doen we ook. Voor de eerstelijnspsychologische zorg is er een wetenschappelijke opvolging, maar ook voor de high and intensive care units. We moeten ook structureel monitoren. We moeten systematisch de ervaring van ervaringsdeskundigen in onze evaluatie inbrengen. Daar zetten we ook op in.

Op de vraag welke bijkomende initiatieven zullen worden genomen, kan een zeer breed antwoord worden gegeven. De netwerken voor geestelijke gezondheidszorg zijn echt het vehikel van een groot deel van ons beleid. Ik denk dat we die netwerken moeten versterken, ook in hun governance. We moeten blijven inzetten op de eerstelijnspsychologische zorg. We hebben al een enorme beweging gemaakt, maar de nood is groot. We moeten daarbij ook blijven inzetten op de integratie ervan in de huisartsenpraktijk.

We hebben een werf opgestart voor crisis- en urgentiepsychiatrie. Dat is zeer belangrijk. We moeten die zowel voor volwassenen als voor jongeren uitbouwen. Daarnaast stellen we vast dat we heel vaak met complexe, gemengde problemen te maken hebben in de Vlaamse jeugdhulp of in de initiatieven rond jeugdhulp en handicap in de Franse Gemeenschap. We moeten samenwerkingen nastreven tussen wat we enerzijds doen op federaal vlak inzake geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie en de expertise die we daar hebben en wat we anderzijds doen voor de voorzieningen van de gemeenschappen

inzake jeugdhulp en handicap. Dat is ook een belangrijk thema. Dat zijn dus allemaal grote werven.

Ik denk dat die wel sporen met wat het AXA Mind Health Report zegt en ik voel me daar dus eigenlijk eerder door gesterkt.

30.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, mijn dank om nog eens een overzicht te geven van de lopende initiatieven en van wat er nog allemaal kan gebeuren. De kernvraag is echter of we vandaag voldoende weten of al die initiatieven ook het gewenste effect hebben. Blijkbaar is dat toch niet zo, want de nood aan meer plaatsen en aan snellere toegang blijft nog immens.

Alles wat u hebt aangehaald, is uiteraard relevant, maar er is dus nog heel wat werk aan de winkel. De patiënten vragen zich vooral af of ze tijdige en betaalbare hulp vinden, of ze juist doorverwezen worden en ze de gepaste en doeltreffende zorg krijgen. U bent er vrij gerust in dat u op het goede spoor zit. Ik geef grif toe dat er wel wat wordt gedaan inzake geestelijke gezondheidszorg, maar u mag echter ook niet te luid juichen, want er moet nog veel gedaan worden in deze sector, vooral voor de patiënten.

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

**31 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (AI en mentale gezondheid)" (56016896C)**
**31 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (IA et santé mentale)" (56016896C)**

31.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik verwijs opnieuw naar de ingediende vraag.

*Het AXA Mind Health Report 2026 bevestigt een bredere trend: mentale gezondheid staat steeds hoger op de agenda, maar de mentale toestand van burgers verbetert niet automatisch. Integendeel, het rapport spreekt over een verdere toename van mensen die psychisch worstelen, met bijzondere risico's voor jongeren, werknemers en mensen die geen professionele hulp zoeken.*

*Welke lessen trekt u uit dit rapport voor het Belgische geestelijkegezondheidsbeleid?*

*Ziet u in de cijfers aanleiding om bepaalde beleidsprioriteiten bij te sturen?*

*Hoe zal u de impact van bestaande maatregelen meten, niet alleen op basis van middelen of aantal trajecten, maar op basis van effectieve verbetering voor patiënten?*

*Welke bijkomende initiatieven mogen we deze legislatuur nog verwachten?*

31.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: U hebt gelijk, mevrouw Sneppe. Mijn antwoord op deze vraag sluit inderdaad aan bij het antwoord dat ik gegeven heb op de vraag van mevrouw Hansez.

De vaststelling is dat het gebruik van AI-chatbots en digitale tools voor mentale gezondheid ook in ons land toeneemt. Er bestaat vandaag geen volledig en systematisch overzicht, maar signalen uit het werkveld en internationale rapporten bevestigen dat burgers dergelijke toepassingen steeds vaker gebruiken, vaak buiten het formele zorgcircuit.

Inzake de risico's wordt binnen mijn administratie erkend dat AI-advies problematisch kan zijn wanneer het wordt gebruikt als een substituut voor professionele zorg. AI-systemen kunnen fout of ongenuanceerd advies geven, beschikken niet over een volledig klinisch beeld, kunnen geen diagnose stellen en laten geen therapeutische relatie of opvolging in de tijd toe. Bij kwetsbare personen bestaat bovendien het risico dat negatieve gedachten onbedoeld worden bevestigd, wat angst, depressie of wanen kan verergeren. De detectie van crisissituaties is niet waterdicht. AI kan niet actief ingrijpen zoals zorgverleners dat doen. Ook gelden voor AI niet dezelfde regels inzake vertrouwelijkheid en beroepsethiek.

Tegelijkertijd hebben deze toepassingen voordelen, zoals de permanente toegankelijkheid en psycho-educatie. Precies daarom blijf ik inzetten op vroegtijdige detectie, laagdrempelige psychologische eerstelijnszorg en snelle effectieve crisisrespons, zodat AI geen vervanging wordt, maar hoogstens een ondersteunend instrument.

Met de inwerkingtreding van de Artificial Intelligence Act beschikt de Europese Unie over een geharmoniseerd kader dat inzet op betrouwbare en veilige AI, waaronder ook toepassingen in gezondheidszorg. Deze Act definieert AI-toepassingen en medische

hulpmiddelen, ook die voor de geestelijke gezondheidszorg, als hoogrisicotoepassingen. De classificatie creëert een reeks vereisten voor zowel de producenten als de gebruikers om de veiligheid van de toepassingen te waarborgen. Deze regelgeving wordt geïmplementeerd in België en moet bijdragen tot een verantwoord gebruik van AI in klinische en niet-klinische contexten.

Daarnaast wordt momenteel op federaal niveau gewerkt aan een actieplan voor artificiële intelligentie dat de strategische doelstellingen verder moet vertalen naar concrete acties en prioriteiten voor de verschillende administraties.

Tot slot werd aan het Cebam, het Belgian Centre for Evidence-Based Medicine, gevraagd om een studie uit te voeren en concrete aanbevelingen te formuleren voor de overheden inzake de minimale kwaliteits- en veiligheidsnormen waaraan generatieve AI-tools moeten voldoen wanneer ze door gezondheidszorgprofessionals gebruikt worden om evidencebased informatie op te zoeken in de klinische praktijk.

31.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik deel uw vaststelling dat AI kansen kan bieden. Mensen gebruiken het vandaag al maar dat is net het probleem. Wij mogen niet wachten tot er daardoor problemen opduiken.

U verwijst naar Europa en naar uw eigen werkgroepen. Mensen stellen vandaag al vragen aan chatbots over angst, depressie, zelfbeeld en allerlei andere zaken in verband met de geestelijke gezondheidszorg. Gisteren was het nog dokter Google, vandaag is het dokter AI.

Uiteraard mag de chatbot geen goedkope of snelle vervanger worden van een psycholoog, een psychiater, een huisarts of crisishulp. Het probleem is natuurlijk dat wij nog altijd met die wachttijden kampen. Het risico is bijgevolg groot dat mensen hun toevlucht zoeken tot onmiddellijke zorgverlening of pseudozorgverlening.

Wij moeten dus opletten dat er geen parallel circuit ontstaat zonder toezicht, zonder therapeutische relatie en zonder garantie dat kwetsbare mensen veilig worden opgevangen. Innovatie is welkom, maar uiteraard niet ten koste van veiligheid, verantwoordelijkheid en menselijke zorg. Ook op dat vlak is er dus nog heel wat werk voor de boeg.

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

**32 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (jongeren, schermtijd en eenzaamheid)" (56016897C)**
**32 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (jeunes, temps d'écran et solitude)" (56016897C)**

32.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

*Het AXA Mind Health Report 2026 wijst jongeren aan als de meest kwetsbare groep. Volgens het rapport zijn 18- tot 34-jarigen meer dan dubbel zo vaak getroffen door ernstige symptomen van depressie, angst of stress. Bij de 18- tot 24-jarigen bevindt 59% zich in de categorie languishing of struggling. Het rapport legt bovendien een verband met digitale gewoonten, schermtijd, eenzaamheid en sociale isolatie.*

*Deze cijfers zijn bijzonder zorgwekkend. Ze bevestigen dat geestelijke gezondheidszorg voor jongeren niet alleen curatief mag zijn, maar ook preventief, laagdrempelig en ingebed in hun dagelijkse leefwereld.*

*Hoe beoordeelt u de verslechterende mentale gezondheid bij jongeren in het licht van de Belgische situatie?*
*Zijn er recente Belgische cijfers over mentale gezondheidsproblemen bij jongeren en jongvolwassenen die deze internationale trend bevestigen?*
*Welke bijkomende stappen plant u om jongeren sneller toegang te geven tot psychologische hulp?*
*Hoe wordt binnen het federale beleid rekening gehouden met de impact van schermtijd, sociale media, eenzaamheid en digitale druk?*
*Zal u met de deelstaten overleggen over een versterkte preventieve aanpak bij jongeren, onder meer via scholen, studentenvoorzieningen en eerstelijnszorg?*

32.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, de bevindingen uit het *AXA Mind Health Report 2026* zijn ernstig en bevestigen een evolutie die ook in België wordt waargenomen. Jongeren en jongvolwassenen vormen een bijzonder kwetsbare groep, met een duidelijke toename van psychische klachten zoals angst, depressie en stress. Die problematiek wordt ongetwijfeld versterkt door maatschappelijke ontwikkelingen en treft jongeren ook in een levensfase die in onze samenleving gekenmerkt wordt door hoge verwachtingen en

onzekerheid.

Die internationale tendensen worden bevestigd door beschikbare Belgische gegevens, onder meer de Gezondheidsenquête, publicaties van Sciensano en studies bij de studentenpopulatie. Die bronnen wijzen op een toegenomen prevalentie van psychische klachten bij jongeren en jongvolwassenen en een stijgende vraag naar geestelijke gezondheidszorg in die groep. Om de toegang tot zorg te verbeteren, blijft het federale beleid, in afstemming met de deelstaten, inzetten op de verdere uitbouw van de eerstelijns psychologische zorg, met veel aandacht voor betaalbaarheid, snelle toegankelijkheid en samenwerking met vindplaatsen, zoals we dat noemen, waaronder scholen en studentenverenigingen.

In zowel de eerstelijns psychologische zorg als in de gespecialiseerde hulpverlening wordt in de preventieve en therapeutische aanpak aandacht besteed aan de impact van schermgebruik, sociale media en digitale druk op de mentale gezondheid.

32.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, in het AXA-rapport staat inderdaad dat jongeren zeer kwetsbaar zijn en dat het probleem enkel maar toeneemt. Dat kan ons ook niet verbazen. De druk op jongeren is groot, er is meer eenzaamheid, waarmee ook het schermgebruik iets te maken zak hebben, en prestatiedruk. Jongeren zoeken vaak te laat en krijgen ook vaak te laat hulp. Ik klop weer op dezelfde nagel, namelijk de wachttijden. Zeker bij jongeren is dat cruciaal, want een wachttijd van maanden kan het verschil maken tussen herstel en escalatie. Ook hier is er heel wat werk aan de winkel om die wachttijden te verkorten en zelfs weg te werken.

Samenspraak met de deelstaten is uiteraard goed, maar u kent ons standpunt, namelijk dat het beter zou zijn dat de gezondheidszorg volledig naar de deelstaten overgeheveld zou worden.

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

**33 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (werkgerelateerde stress en ziekteverzuim)" (56016898C)**
**33 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (stress lié au travail et absentéisme pour maladie)" (56016898C)**

33.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *Het AXA Mind Health Report 2026 noemt werkgerelateerde stress een structureel probleem. 56% van de werkende respondenten ervaart matige tot ernstige professionele stress. Daarnaast geeft 24% aan ziekteverlof te hebben genomen wegens mentale of psychologische problemen. Het rapport verwijst ook naar de zware economische en maatschappelijke kost van mentale gezondheidsproblemen op de werkvloer.*

*Deze vaststellingen sluiten aan bij wat we ook in België zien: toenemende uitval door burn-out, langdurige arbeidsongeschiktheid en psychische klachten. Dat raakt niet alleen het gezondheidsbeleid, maar ook het arbeidsmarktbeleid, de sociale zekerheid en de organisatie van werk.*

*Hoe beoordeelt u de evolutie van langdurige arbeidsongeschiktheid wegens psychische aandoeningen in België?*
*Welke concrete resultaten heeft uw beleid tot nu toe opgeleverd in de preventie van burn-out en werkgerelateerde psychische klachten?*
*Hoe wordt samengewerkt met de minister van Werk om mentale gezondheid op de werkvloer structureel aan te pakken?*
*Welke verplichtingen of stimulansen bestaan er voor werkgevers om mentale gezondheidsproblemen vroegtijdig te detecteren en bespreekbaar te maken?*
*Acht u bijkomende maatregelen nodig om te vermijden dat mensen pas ondersteuning krijgen wanneer zij al langdurig zijn uitgevallen?*

33.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Langdurige arbeidsongeschiktheid wegens psychische aandoeningen blijft inderdaad toenemen. Daarbij spelen heel wat factoren een rol, zoals maatschappelijke factoren en factoren in de organisatie van het werk, maar ook de sectoren. Ongetwijfeld spelen ook elementen mee waarover we het daarnet hadden, zoals sociale media.

De ELOS Medstudie toont aan dat een hoge werkdruk, een hoog werktempo, tegenstrijdige eisen, interpersoonlijke conflicten, maar ook jobonzekerheid samenhangen met psychisch leed. Werk-gezinsconflicten blijken bovendien een heel belangrijke factor te zijn voor burn-out.

Natuurlijk hebben die stijgende cijfers ook te maken met het feit dat mensen er gemakkelijker over praten en dat er minder stigma is. Anderzijds

zijn onze werkomgevingen ongetwijfeld ook onvoldoende aangepast aan psychische kwetsbaarheid, die door een aantal factoren toeneemt. Als we willen inzetten op werkbaar werk, dan moeten we die vaststellingen dus zeer goed bekijken.

Met betrekking tot preventie wil ik inzetten op terugbetaalde eerstelijnspsychologische zorg. Er is het programma Burn-out, de ondersteuning via het sociaal verzekeringsfonds voor zelfstandigen en het project Stress, Werk en Eerste Lijn.

Binnen de netwerken geestelijke gezondheid is de preventie van werkuitval ook een prioriteit, met focus op vroegdetectie en snelle interventie om absenteïsme te verminderen en uitval te voorkomen. Binnen de ELP-conventie werd daarnaast ook een aanklampende pijler voorzien ter stimulering van een vindplaatsgerichte aanpak bij de regionale arbeidsbemiddelingsdiensten, zodat mensen tijdens hun re-integratie extra ondersteuning krijgen.

De samenwerking met de minister van Werk verloopt onder meer via het federaal netwerk Mentale Gezondheid en Werk, dat het federaal plan Mentale Gezondheid en Werk uitwerkt op het vlak van primaire, secundaire en tertiaire preventie. Daarnaast wordt nu een verplicht collectief preventie- en re-integratiebeleid bij werkgevers voorzien en een vereenvoudiging van de verplichte risicoanalyse, via de OiRA-tool. Dat zijn allemaal elementen uit de recente beslissingen rond het terug-naar-werkbeleid.

33.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Ook bedankt voor uw initiatieven. Het probleem is echter dat we vandaag eigenlijk pas optreden wanneer mensen al zijn uitgevallen. Dan komen inderdaad de re-integratietrajecten, de terug-naar-werkcoördinatoren en de administratieve opvolging aan bod. De echte vraag is echter hoe we kunnen vermijden dat mensen langdurig uitvallen. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat werk ook werkbaar is?

Werkgerelateerde stress is vaak het gevolg van werkdruk, personeelstekorten, veranderingen binnen organisaties, onzekerheid en hoge verwachtingen. Als het beleid zich dan alleen vertaalt in veerkracht, zelfzorg of individuele begeleiding, pakt het wel de symptomen aan, maar niet noodzakelijk de oorzaken.

Ik vind het goed dat u daar samen met de minister van Werk werk van probeert te maken. Het is vooral zaak om preventief te handelen en ervoor te zorgen dat mensen niet uitvallen door stress of mentale gezondheidsproblemen. Het is vooral noodzakelijk werk te maken van werkbaar werk.

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

**34 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (bewustwording en het uitblijven van hulp zoeken)" (56016899C)**
**34 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (prise de conscience et non-demande d'aide)" (56016899C)**

34.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

*Een opvallende conclusie uit het AXA Mind Health Report 2026 is dat bewustwording rond mentale gezondheid wel toeneemt, maar dat dit niet automatisch leidt tot hulp zoeken. Het rapport stelt dat de grootste barrière niet alleen kostprijs, tijd of toegang is, maar ook het gebrek aan inzicht bij mensen over wanneer professionele hulp nodig is. 36% van de respondenten geeft aan dat zij hun toestand niet ernstig genoeg vinden om medische hulp te zoeken.*

*Dat is beleidsmatig belangrijk. Als mensen hun klachten te laat herkennen of onderschatten, komen zij vaak pas in zorg wanneer de problemen ernstiger zijn geworden. Preventie, vroegdetectie en mentale gezondheidsgeletterdheid zijn dus geen randthema's, maar kerntaken.*

*Welke initiatieven neemt de federale overheid om mentale gezondheidsgeletterdheid bij de bevolking te versterken?*
*Hoe zorgt u ervoor dat campagnes niet alleen bewustzijn creëren, maar mensen ook concreet naar de juiste hulp leiden?*
*Wordt onderzocht waarom mensen in België geen hulp zoeken, zelfs wanneer zij psychisch lijden?*
*Welke rol ziet u voor huisartsen, scholen, werkgevers en lokale netwerken bij vroegdetectie?*
*Zal u bijkomende initiatieven nemen om duidelijker te communiceren wanneer psychische klachten professionele hulp vereisen?*

34.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, hier ligt de klemtoon op

gezondheidsgeletterdheid. Onze eerstelijns psychologische zorg speelt daarin een belangrijke rol, omdat we laagdrempelige groepsinterventies organiseren, gericht op psycho-educatie, stressbeheer en veerkracht. In dat verband zal het Rode Kruis overigens geconventioneerde klinische psychologen en orthopedagogen opleiden om sessies eerste hulp bij psychische problemen te geven. Daarnaast draagt de nationale RIZIV-campagne spreekerover.be bij tot bewustmaking en destigmatisering.

De aanpak van de ELP-overeenkomst gaat verder dan sensibilisering. Er wordt ook een gestructureerde toeleiding naar zorg georganiseerd. Door outreachend op vindplaatsen te werken, kunnen noden vroeger worden vastgesteld en kunnen mensen sneller naar het juiste zorgniveau worden doorverwezen.

Studies tonen aan dat het niet-gebruik van zorg te maken heeft met stigma, beperkte gezondheidsgeletterdheid, het idee dat men het zelf wel kan oplossen, onduidelijkheid over het aanbod en praktische drempels. Die inzichten sturen het beleid in de richting van betere communicatie en toegankelijkheid. Dat zijn kernpunten van de overeenkomst voor eerstelijns psychologische zorg.

Huisartsen, scholen, werkgevers en lokale netwerken zijn cruciaal voor vroegdetectie. De overeenkomst voorziet in de mogelijkheid tot ondersteuning van die actoren, samen met advies, co-consultaties en kennisdeling, zodat men signalen beter herkent en indien nodig gericht kan doorverwijzen.

We willen de communicatie over wanneer professionele hulp aangewezen is verder versterken. Bewustwording alleen volstaat niet. Mensen moeten ook beter kunnen inschatten wanneer klachten normale, tijdelijke stress overstijgen en wanneer het aangewezen is om hulp te zoeken. Concreet wordt onderzocht of op spreekerover.be een laagdrempelige zelfevaluatietool kan worden aangeboden. Die zou geen diagnose stellen, maar mensen helpen om signalen te herkennen, beter te beoordelen wanneer hulp aangewezen is en sneller naar gepaste ondersteuning te worden geleid.

34.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Er wordt ondertussen heel wat gedaan, maar de mentale gezondheid is belangrijk. Dat horen mensen ook veelvuldig. Toch zoeken ze daarom nog niet meteen professionele hulp of weten ze zelfs niet wanneer hulp nodig is. Dat betekent dus dat er iets misloopt met de sensibilisering, de herkenning, de doorverwijzing en de effectieve zorg. Er worden inderdaad campagnes en projecten uitgerold, maar dat blijkt nog steeds onvoldoende te zijn.

We hebben nood aan duidelijke afspraken, zowel met de deelstaten als met de huisartsen, de psychologen en de netwerken geestelijke gezondheidszorg. Vooral hebben we niet alleen nood aan communicatie, maar ook aan coördinatie. Wie neemt welke rol op zich? Hoe wordt doorverwezen? Hoe wordt gemeten of mensen al dan niet sneller toegang krijgen tot hulp? Uw projecten zijn inderdaad een stap in de goede richting, maar ze schieten nog op heel wat vlakken tekort.

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

**35 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het AXA Mind Health Report 2026 (toegang tot geestelijke gezondheidszorg)" (56016900C)**
**35 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Mind Health Report 2026 d'AXA (accès aux soins de santé mentale)" (56016900C)**

35.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik verwijs opnieuw naar de ingediende vraag.

*Het AXA Mind Health Report 2026 schetst een bijzonder onrustwekkend beeld van de mentale gezondheid wereldwijd. Bijna één op de twee respondenten bevindt zich volgens het rapport niet in een goede mentale toestand. Tegelijk geeft 60% aan in het voorbije jaar geen zorgprofessional te hebben geraadpleegd voor mentale gezondheidsproblemen. Slechts 42% is van oordeel dat het publieke zorgsysteem in hun land tijdig ondersteuning biedt.*

*Hoewel dit rapport geen Belgische beleidsaudit is, komt België wel voor in de internationale vergelijking. De cijfers roepen dus vragen op over de toegankelijkheid van onze geestelijke gezondheidszorg, zeker wat betreft wachttijden, betaalbaarheid en de eerste lijn.*

*Hoe beoordeelt u de Belgische positie in dit rapport, in het bijzonder de signalen over beperkte toegang tot tijdige professionele hulp?*
*Beschikt u over recente Belgische cijfers over*

*wachttijden voor psychologische en psychiatrische zorg, opgesplitst naar leeftijdsgroep en regio?*
*Welke bijkomende maatregelen plant u om de drempel naar geestelijke gezondheidszorg effectief te verlagen?*
*Hoe evalueert u de terugbetaling van eerstelijnspsychologische zorg: bereikt die vandaag de mensen met de grootste noden?*
*Bent u bereid om op basis van dit rapport een actualisatie te geven van de federale doelstellingen inzake toegankelijkheid van geestelijke gezondheidszorg?*

35.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nu ligt de klemtoon op toegankelijkheid. Opnieuw is dat een juiste vaststelling in het rapport. Te veel mensen met psychische klachten vinden de weg naar professionele hulp niet of pas laat. Dat heeft te maken met drempels zoals de kostprijs, wachttijden, onbekendheid met het aanbod maar ook met de inschatting van mensen zelf. Het rapport vermeldt bijvoorbeeld dat één Belg op drie meent geen begeleiding nodig te hebben en het wel zelf te kunnen oplossen.

Er bestaat vandaag geen uniforme nationale of regionale databank met wachttijden voor alle vormen van psychologische en psychiatrische zorg. De wachttijden verschillen sterk naargelang de regio, de leeftijdsgroep, de problematiek en de zorgvorm. Voor de geconventioneerde psychologische eerstelijnszorg kunnen burgers via spreekerover.be nagaan welke verstrekkers beschikbaar zijn en welke wachttijd zij aangeven.

Ons beleid verlaagt de drempels via de verdere uitbouw van de psychologische eerstelijnszorg met bijzondere aandacht voor betaalbaarheid, vroegdetectie en *outreach*. De EPCAP-evaluaties tonen dat dat aanbod mensen bereikt die voordien vaak geen geestelijke gezondheidszorg kregen: 44 % had vooraf geen contact met de geestelijke gezondheidszorg en ongeveer 28 % bevindt zich in een sociaal-economisch kwetsbare situatie.

Het rapport bevestigt dus de richting van het beleid, namelijk toegankelijker, vroeger, dichter bij de mensen en beter afgestemd op kwetsbare groepen.

35.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het probleem is dat er allerlei zaken gebeuren op het terrein. U spreekt ook over de eerstelijnspsychologie. Ik verwijs ook naar voor 11 euro naar de psycholoog, ook een van uw stokpaardjes. Dat is allemaal bedoeld om de drempel te verlagen, maar blijkbaar ligt die drempel nog altijd niet laag genoeg. De patiënt botst immers nog steeds op allerlei drempels, namelijk de wachttijden, de financiële drempels en een versnipperd zorglandschap.

U hebt hier wel een goednieuwsshow gebracht van alle projecten die lopen of nog in de running zijn, maar uiteindelijk blijft het probleem bestaan. De wachttijden blijven. Mensen geraken niet bij de psycholoog, laat staan bij de psychiater. Als ze er dan al terechtkunnen, is het vaak onbetaalbaar.

U wijst er terecht op dat patiënten zich vaak in een kwetsbare situatie bevinden. Bij al mijn vragen heb ik telkens moeten zeggen dat er nog heel veel werk aan de winkel is. Handen uit de mouwen dus, zou ik zeggen. Er is werk aan de winkel. Dat betekent dat u hard moet werken.

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

Le **président**: La question n°56016904C de M. De Smet est reportée.

**36 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitfasering van trifluorazijnzuur (TFA)" (56016967C)**
**36 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'abandon progressif de l'acide trifluoroacétique (TFA)" (56016967C)**

36.01 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik kom terug op de herziening van de regelingen inzake bepaalde pesticiden, in het bijzonder PFAS-houdende pesticiden en stoffen die bijdragen aan hoge concentraties trifluorazijnzuur (TFA) of 1,2,4-triazool in water. In uw antwoord stelde u dat er geen verdere acties zouden worden ondernomen, onder meer omdat er nog geen parameterwaarde van toepassing op PFAS is vanwege de afwezigheid van Europese richtlijnen voor de monitoring van die parameter, overeenkomstig de Europese richtlijn 2020/2184. Het Europees Agentschap voor chemische stoffen heeft TFA bovendien officieel niet geclassificeerd als toxisch voor de reproductie.

Recent heeft dat Europees agentschap echter zijn classificatie van trifluorazijn aangepast op basis van nieuwe wetenschappelijke inzichten. TFA wordt voortaan geclassificeerd als een stof die schadelijk kan zijn voor het ongeboren kind en die verdacht wordt van het schaden van de vruchtbaarheid. De nieuwe classificatie werpt een

ander licht op de risico-inschatting van stoffen die bijdragen aan TFA-verontreiniging in het milieu en het drinkwater.

Gelet op de nieuwe wetenschappelijke inzichten, vindt u het raadzaam om de toelatingen van bepaalde pesticiden te herzien, in het bijzonder PFAS-houdende pesticiden en stoffen die bijdragen aan verhoogde concentraties van TFA of 1,2,4-triazool in oppervlakte- en grondwater? Zo ja, welke stappen zult u ondernemen?

Hoe interpreteert u in dat verband de toepassing van artikel 44, dat lidstaten verplicht om toelatingen te herzien als de doelstellingen van de kaderrichtlijn Water niet worden gehaald?

De minister van Landbouw, de heer Clarinval, draagt natuurlijk ook verantwoordelijkheid en ik heb de vraag ook aan hem gericht; ze komt volgende week op de agenda. Welke rol ziet u echter voor uzelf in het dossier, gelet op het koninklijk besluit van 9 januari 2007, dat de minister van Volksgezondheid de bevoegdheid geeft om het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen, dus pesticiden, te reguleren? Zult u uw verantwoordelijkheid opnemen? Zo ja, hoe zult u het belang van de volksgezondheid in de discussie garanderen?

36.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal u toch wat teleurstellen, mijnheer Van Lysebettens, want de bevoegdheid voor het op de markt brengen van gewasbeschermingsmiddelen komt integraal toe aan mijn collega David Clarinval. Hij waakt over de toepassing van de wetgeving. Ik moet u dan ook verzoeken uw vragen rechtstreeks en uitsluitend tot hem te richten.

De normen voor drinkwater in West-Vlaanderen zijn een gewestelijke bevoegdheid. Uw vragen daarover richt u het best aan de Vlaamse minister van Omgeving, Jo Brouns.

36.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Ik had daarop in mijn vraag al geanticipeerd, mijnheer de minister. Er is aan de kwestie ook een aspect van de volksgezondheid. Ik vroeg hoe het aspect van de volksgezondheid in de beslissingen van minister Clarinval worden meegenomen. Volksgezondheid is toch ook uw verantwoordelijkheid? Als we meer ziektes ontwikkelen door de aanwezigheid van die stoffen of door het uitblijven van actie van uw collega-minister, mag ik toch op u rekenen om de volksgezondheid te bewaken?

Zult u zomaar toelaten dat de volksgezondheid in gevaar wordt gebracht doordat een beslissing van uw collega-minister uitblijft? Ik vind dat een zeer passieve houding voor een minister van Volksgezondheid die zich anders toch redelijk actief opstelt.

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

**37 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge des maladies cardiovasculaires" (56016994C)**
**37 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van hart- en vaatziekten" (56016994C)**

37.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, selon des données communiquées par Solidaris, en 2024, près d'une personne sur trois a été prise en charge pour un problème cardiovasculaire. Les maladies cardiovasculaires constituent aujourd'hui l'un des principaux enjeux de santé publique en Belgique, comme à l'échelle européenne. Elles figurent parmi les premières causes de mortalité et d'invalidité, tout en représentant une part importante de nos dépenses en soins de santé.

Au-delà des déterminants biologiques et comportementaux, les maladies cardiovasculaires se caractérisent par de fortes inégalités sociales de santé. De nombreuses études montrent que les personnes en situation de précarité socioéconomique cumulent davantage de facteurs de risque, bénéficient plus tardivement des actions de prévention et accèdent plus difficilement à une prise en charge rapide et de qualité.

Le genre constitue un autre déterminant majeur encore insuffisamment intégré dans les politiques de prévention et de soins. Longtemps considérées comme touchant principalement les hommes, les maladies cardiovasculaires représentent pourtant une cause très importante de morbidité et de mortalité chez les femmes. Comme l'a souligné une étude de Soralia en 2019, les femmes présentent des profils de risque spécifiques, des symptômes parfois atypiques et des trajectoires de soins distinctes, susceptibles d'entraîner des retards de diagnostic et une prise en charge moins optimale. Ces vulnérabilités sont particulièrement marquées chez les femmes en situation de précarité, où les effets du genre et du statut socioéconomique se cumulent.

Sans renoncer à une couverture globale, les politiques publiques et les actions menées par les acteurs de la santé doivent davantage s'appuyer sur le principe d'un universalisme proportionné, en modulant l'intensité des interventions en fonction du niveau de risque et des vulnérabilités sociales.

Monsieur le ministre, l'annonce de votre part de s'inscrire dans la dynamique du plan européen constitue évidemment un signal positif. Dans la perspective de doter la Belgique d'un plan national de lutte contre les maladies cardiovasculaires, quelles mesures concrètes comptez-vous mettre en œuvre pour cibler et atteindre effectivement les publics les plus vulnérables, tant au niveau de la prévention, de la détection précoce que de la prise en charge, à savoir les publics précaires et les femmes?

37.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La santé cardiovasculaire constitue une priorité de santé publique. Notre objectif est d'élaborer un plan cardiovasculaire interfédéral, en étroite concertation avec les entités fédérées, afin que chaque niveau de pouvoir puisse agir de manière complémentaire, dans le respect de ses compétences. Le travail préparatoire à ce plan est en cours. Une première discussion aura lieu à la mi-juillet, lors du prochain GTI Prévention. Ce plan accordera une attention renforcée aux publics les plus vulnérables, notamment aux personnes en situation de précarité et aux femmes.

La prévention et la détection précoce relèvent principalement des compétences des entités fédérées. Nous veillerons donc à soutenir les entités fédérées dans le cadre d'actions ciblées visant à améliorer l'accès au dépistage, à renforcer la littératie en santé et à déployer des approches de proximité adaptées aux réalités sociales, sur la base des priorités qui seront identifiées par les entités fédérées. Par ailleurs, au niveau fédéral, nous souhaitons soutenir l'accessibilité et la qualité des soins en intégrant davantage la dimension du genre et en favorisant une prise en charge rapide et équitable. Nous avons l'ambition de réduire les inégalités de santé et de garantir que les stratégies de promotion de la santé, de prévention, de détection et de traitement atteignent effectivement celles et ceux qui en ont le plus besoin.

37.03 **Caroline Désir** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour cette réponse qui me satisfait pleinement car vous allez mettre autour de la table les différents niveaux de pouvoir concernés. Je pense que c'est la bonne manière de travailler. De plus, vous accordez une attention spécifique aux publics vulnérables et aux femmes, comme je le demandais dans ma question. Je suivrai donc évidemment ce travail avec attention. Nous n'en sommes qu'au début, au stade du travail préparatoire. Mais je pense que ce plan interfédéral constitue, en tout cas, le commencement d'une réponse à ce problème prioritaire de santé publique.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56016996C van de heer Patrick Prévot alsook vraag nr. 56017009C van mevrouw Eva Demesmaeker worden schriftelijk behandeld.

De samengevoegde vragen nr. 56017049C van de heer Jean-François Gatelier en nr. 56017654C van de heer Anthony Dufrane worden uitgesteld, alsook vraag nr. 56017055C van de heer François De Smet en vraag nr. 56017093C van de heer Jean-François Gatelier.

De samengevoegde vragen nr. 56017094C van mevrouw Irina De Knop, nr. 56017260C van mevrouw Irina De Knop en nr. 56017646C van mevrouw Nawal Farih komen te vervallen.

**38 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De herhaalde overschrijdingen van de zesvrouwenregel bij fertiliteitscentra" (56017095C)**
**38 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les transgressions répétées de la règle des six femmes par les centres de fertilité" (56017095C)**

38.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik verwijs naar de schriftelijke ingediende versie van mijn vraag.

*Geachte minister, op de website van het FAGG werd overzicht gepubliceerd als "levend document" van de gekende overschrijdingen van de wettelijke zesvrouwenregel bij spermadonatie.*

*Ondertussen blijkt het aantal donoren bij wie een overschrijding van de 6-vrouwen-regel is vastgesteld is opgelopen tot 101. In 65 gevallen gaat het om donormateriaal van de European Sperm Bank, in 19 gevallen van de Cryos bank en in 17 gevallen gaat om het eigen donoren.*

*Hierover heb ik de volgende vragen voor u:*

*De fertiliteitscentra worden in de tabel niet bij naam genoemd, maar centrum 25 blijkt vaker dan andere centra betrokken te zijn bij quotaoverschrijdingen. In 9 van de 17 gekende overschrijdingen met "eigen donoren" werd het quotum overschreden door centrum 25. Daarbij zijn er zeer grote overschrijdingen (25 vrouwen, 16 vrouwen, 13 vrouwen, 10 vrouwen…).*
*Om hoeveel kinderen gaat het?*
*Werd er onderzocht hoe het komt dat dit centrum zo vaak over het quotum is gegaan?*
*Welke sancties werden opgelegd of zullen worden opgelegd?*
*Ook een ander centrum (centrum 4) was relatief vaak betrokken (5/17 gekende overschrijdingen met eigen donoren). Hierover dezelfde vragen:*
*Om hoeveel kinderen gaat het?*
*Werd er onderzocht hoe het komt dat dit centrum zo vaak over het quotum is gegaan?*
*Welke sancties werden opgelegd of zullen worden opgelegd?*
*Om hoeveel kinderen die voortgekomen zijn uit "eigen donoren" met overschrijdingen gaat het in totaal?*
*Werd aan deze donoren verteld dat hun materiaal voor maximaal 6 vrouwen zou worden gebruikt?*
*Werden deze donoren geïnformeerd over de overschrijdingen en zo ja, wanneer? Wordt er begeleiding voorzien voor deze donoren?*
*Werden de betrokken gezinnen geïnformeerd over de overschrijdingen? Welke adviezen worden er verstrekt aan deze gezinnen? Wordt er begeleiding voorzien?*
*Werd er onderzocht of dezelfde "eigen donoren" in meerdere fertiliteitscentra hebben gedoneerd?*

38.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het FAGG publiceert in het kader van het herstelplan, waarover we daarnet ook hebben gesproken, sinds 15 april een overzicht van de gekende quotumoverschrijdingen. Dat overzicht wordt geactualiseerd wanneer nieuwe of bijkomende gegevens beschikbaar en gevalideerd zijn.

Het aantal kinderen dat uit donaties is geboren, is niet steeds gekend, omdat het wettelijke criterium slaat op de zesvrouwenregel en niet op het aantal kinderen. Pas sinds 2022 wordt, door een gewijzigde systematiek in de rapportage van de biovigilantiemeldingen, het aantal kinderen opgevraagd. Ik denk dat ik die vraag al een aantal keren heb gekregen en ook al een aantal keren heb beantwoord in de commissie, maar dat is kort samengevat de historische achtergrond.

Het centrum 25 is in meerdere dossiers betrokken bij overschrijdingen met eigen donoren. De oorzaken daarvan worden verder onderzocht.

Voor centrum 4 op de lijst ligt de situatie anders. De betrokken overschrijdingen werden in 2019 spontaan door het centrum zelf gemeld. Het centrum had op dat moment ook al corrigerende maatregelen genomen om herhaling te vermijden. Volgens de beschikbare informatie hielden de problemen verband met de gebruikte software. Gelet op die spontane melding en de al genomen corrigerende maatregelen werden daarvoor geen sancties opgelegd.

Voor alle quotumoverschrijdingen die sinds 28 mei 2025 werden vastgesteld, is ofwel een proces-verbaal opgesteld en aan het parket overgemaakt, ofwel loopt het onderzoek nog.

Met betrekking tot de informatie aan donoren, sommige centra, voor zover bekend, nemen in hun overeenkomst met de donor op dat het donormateriaal slechts mag worden gebruikt binnen de wettelijke grens van zes vrouwen. Het FAGG beschikt echter niet over een volledig overzicht van alle individuele overeenkomsten tussen centra en donoren.

Het is aangewezen dat een centrum een donor informeert wanneer blijkt dat de wettelijke zesvrouwenregel niet werd nageleefd. Het FAGG kan dit zelf niet doen, aangezien het geen kennis heeft van de identiteit van de betrokken donoren. Het FAGG heeft de fertiliteitscentra verzocht de betrokken gezinnen te informeren bij een overschrijding van de wettelijke zesvrouwenregel, zodat ze, indien ze dat wensen, daarvan kennis kunnen nemen.

Binnen het kader van de huidige wetgeving zijn donoren anoniem. Daardoor kan niet worden gecontroleerd of eigen donoren ook in andere centra hebben gedoneerd. Tijdens inspecties wordt wel steekproefsgewijs nagegaan of de vereiste donorverklaring aanwezig is. Het betreft dan de verklaring waarin de donor heeft ondertekend dat uitsluitend aan het betrokken centrum wordt gedoneerd.

38.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Centrum 25 vind ik toch opvallend. Van de 17 gekende overschrijdingen met eigen donoren gebeurden er 9 in dat centrum. Dat vind ik echt frappant, want dan kan men onmogelijk verwijzen naar het feit dat men niet wist of geen overzicht had van het totale aantal vrouwen waarvoor dezelfde donor werd gebruikt.

Ik veronderstel dan ook dat er consequenties zullen zijn voor dat centrum. Ik hoop bovendien dat

we daar als Parlement op een gegeven moment zicht op krijgen, zodat we kunnen nagaan of de gepaste maatregelen wel degelijk worden genomen en de nodige lessen worden getrokken. Er is immers van alles misgelopen. Het is vooral belangrijk dat nu maatregelen worden genomen waardoor dit in de toekomst niet meer mogelijk zal zijn.

Wat ik vreemd vind, is dat het FAGG eigenlijk geen overzicht heeft van de overeenkomsten tussen donoren en fertiliteitscentra. Ik zou denken dat dit een van de eerste zaken is die worden opgevraagd om na te gaan wat precies wordt afgesproken tussen donoren en fertiliteitscentra en wat met de wensouders wordt overeengekomen. Wordt er effectief melding gemaakt van het feit dat in ons land de zesvrouwenregel geldt? Uiteindelijk is het toch het FAGG dat verantwoordelijk is voor het toezicht daarop. Dat vind ik toch enigszins vreemd.

Ik hoop dat we in de loop van dit jaar, of anders volgend jaar, zullen vernemen dat op die vlakken effectief maatregelen zijn genomen. Ik hoop ook dat de heer Ramaekers dergelijke zaken meeneemt in het verbeterplan, want het is ook echt belangrijk dat we inzicht krijgen in wat er precies is misgelopen in het verleden en waarom.

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

**39 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De European Sperm Bank" (56017096C)**
**39 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'European Sperm Bank" (56017096C)**

39.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vragen lijken allemaal over hetzelfde onderwerp te gaan, waarvoor mijn excuses. Er werd mij een tijdje geleden een lijst bezorgd met donoren van de European Sperm Bank, die in 2017 het quotum van zes vrouwen in België hadden bereikt. Een analyse van die lijst leert dat er minstens twee donoren in die lijst staan bij wie het quotum werd overschreden. De European Sperm Bank gebruikt het systeem van *pregnancy slots* sinds 2016, waardoor het grootste deel van de rapportering is gebeurd op basis van gemelde zwangerschappen vanuit de fertiliteitscentra. Dat is natuurlijk een systeem dat meer vatbaard is voor fouten en overschrijdingen. Wel is duidelijk dat de European Sperm Bank over heel wat data beschikt.

Mijn vragen zijn dan ook of het FAGG alle data heeft opgevraagd bij de ESB en andere buitenlandse donorbanken zoals Cryos, over het aantal stalen dat werd verdeeld naar Belgische fertiliteitscentra. Zo ja, wanneer heeft het FAGG die zaken opgevraagd?

Wil de European Sperm Bank meewerken om data te verschaffen?

Werden de gegevens van het FAGG vergeleken met de gegevens van de ESB en wat is daarvan de conclusie?

Blijkbaar heeft de ESB andere cijfers over het aantal zwangerschappen met de TP53-donor dan het FAGG. De ESB spreekt over 71 zwangerschappen, terwijl het cijfer dat bij ons gekend is over 53 kinderen gaat. Hoe kan die grote afwijking verklaard worden? Werd dat onderzocht? Gaat het telkens om miskramen of dubbele rapporteringen?

Blijkbaar heeft de ESB 11 zwangerschappen geregistreerd in verband met de TP53-donor die niet kunnen worden verbonden aan het fertiliteitscentrum. Werd dat onderzocht en hoe kan dat worden verklaard?

39.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, het FAGG vraagt enkel gegevens op bij buitenlandse spermabanken in het kader van specifieke onderzoeken.

Wat betreft de onderzoeken, de ESB heeft zich sinds het begin van de crisis coöperatief opgesteld, in tegenstelling tot Cryos, dat tot op heden weigert om de gevraagde gegevens te verstrekken. In het kader van het onderzoek naar de TP53-zaak heeft het FAGG contact opgenomen met de ESB. Op hun eerste lijst stonden 72 meldingen van zwangerschappen. Sommige werden dubbel geteld of waren fouten en andere zwangerschappen hebben niet tot een geboorte geleid.

Alle vermeldingen werden gecontroleerd bij de betrokken centra.

Wat uw laatste vraag betreft, voor de 11 zwangerschappen die in hun brief onder Clinic Belgium werden vermeld, heeft het FAGG na onderzoek het betrokken centrum kunnen identificeren.

39.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp dus dat de European Sperm

Bank wel degelijk wil meewerken. Dat is belangrijk, meen ik. Het is ook goed dat het FAGG erachter gegaan is, en gevraagd heeft om alles samen te leggen.

Het is wel verontrustend dat Cryos dat niet wil doen. Ik kan me voorstellen dat u daarover verder in gesprek gaat met de andere Europese lidstaten. Ik kan me ook voorstellen dat België niet het enige land is dat materiaal gekregen heeft van Cryos en dat er ook in andere landen ter zake enige ongerustheid is. Ik hoop dat daarin snel duidelijkheid in komt. Ik weet niet welke hefbomen we daarvoor hebben, maar als we die hebben, stel ik voor daarmee aan de slag te gaan, al zal dat voor zover mogelijk wel al het geval zijn.

Het is een beetje jammer dat de European Sperm Bank nu vooral in de spotlights staat, terwijl het er bij Cryos blijkbaar ook niet zo netjes aan toe gaat. Hopelijk krijgen we meer duidelijkheid in de nabije toekomst.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56017099C van de heer Gatelier is uitgesteld. Vraag nr. 56017129C van de heer Piedboeuf en de vragen nrs. 56017146C, 56017173C en 56017174C van mevrouw De Knop vervallen.

**40 Question de Ridouane Chahid à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avis du Conseil Supérieur de la Santé concernant l'impact sur la santé du bruit des avions" (56017177C)**
**40 Vraag van Ridouane Chahid aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de gezondheidseffecten van vliegtuiglawaai" (56017177C)**

40.01 **Ridouane Chahid** (PS): Monsieur le ministre, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS), à la demande de votre administration, a publié en avril 2024 un avis scientifique approfondi sur l'impact sanitaire de l'activité aérienne autour de Brussels Airport.

Cet avis met en évidence qu'environ 160 000 personnes sont exposées à un niveau de bruit aérien nocturne jugé excessif, avec des conséquences sanitaires documentées telles que les troubles du sommeil, l'augmentation du risque d'hypertension artérielle, le retard d'apprentissage chez les enfants, la dépression ainsi que d'autres effets négatifs sur la santé mentale et cardiovasculaire.

Le CSS recommande notamment l'interdiction des vols de nuit entre 23 h et 7 h – une revendication ancienne des riverains –, la limitation des vols aux heures de pointe, l'abaissement des seuils de bruit afin d'atteindre les normes de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ainsi que le développement d'indicateurs de bruit intégrant la fréquence et l'intensité des survols, plutôt que de simples niveaux moyens.

Monsieur le ministre, quelles mesures concrètes entendez-vous prendre pour répondre aux recommandations formulées par le CSS? Comment comptez-vous garantir à la population que les risques seront de moins en moins élevés? Enfin, le gouvernement prévoit-il d'intégrer des évaluations de la pollution de l'air liée au trafic aérien?

Je vous remercie d'ores et déjà pour les réponses que vous apporterez.

40.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Chahid, en ce qui concerne les vols de nuit, un règlement européen de 2014 impose aux États membres de suivre une procédure d'approche équilibrée – *the balanced approach procedure* – avant que des restrictions d'exploitation liées au bruit puissent être imposées aux aéroports comptant plus de 50 000 mouvements d'appareils aériens civils par année civile. Brussels Airport appartient à cette catégorie.

Étant donné que le permis d'environnement de l'aéroport de Zaventem a été annulé au motif que cette procédure d'approche équilibrée n'avait pas été suivie, le gouvernement flamand a lancé une telle procédure. Elle est en cours et doit aboutir à un nouveau permis d'environnement pour le 30 juin 2029. Le ministre Crucke représente le gouvernement fédéral dans ce processus.

Une partie de cette approche équilibrée consistera à examiner dans quelle mesure une intervention sur les vols de nuit peut contribuer aux objectifs de réduction du bruit. L'objectif fixé par le gouvernement flamand est particulièrement ambitieux: réduire de 30 % le nombre de personnes exposées à des nuisances sonores graves dues au trafic aérien dans la zone où l'exposition moyenne au bruit en journée, en soirée et la nuit dépasse 45 décibels.

Le nombre de personnes dont le sommeil est gravement perturbé doit également baisser de 30 % dans la zone où l'exposition moyenne au bruit pendant la nuit excède 40 décibels.

Une liste étendue de mesures est en cours d'élaboration. Il est donc encore trop tôt pour dire ce qu'il adviendra exactement des vols de nuit, mais l'impact des interventions dans ce contexte sera modélisé. Je pense que l'étude que j'ai commandée à ce sujet au Conseil Supérieur de la Santé (CSS) sous la législature précédente et à laquelle vous faites référence sera très utile dans ce processus.

Deuxièmement, d'autres mesures font également partie de l'approche équilibrée et seront, elles aussi, modélisées. Si vous souhaitez plus de détails, je vous renvoie au ministre flamand de l'Environnement, M. Brouns, qui dirige le processus de l'approche équilibrée, ainsi qu'au ministre Crucke, qui y est étroitement associé.

Troisièmement, la Conférence interministérielle Santé publique a défini trois objectifs de santé interfédéraux. Le troisième objectif porte sur la garantie de l'environnement de vie le plus sain possible. Dans ce contexte, je pense en particulier à la pollution de l'air et au bruit dans l'environnement. Sciensano travaille actuellement, en collaboration avec la Conférence interministérielle mixte Environnement-Santé, à l'élaboration d'indicateurs pour ces objectifs de santé. L'avis du CSS établit clairement quels risques sanitaires sont liés au bruit et aux émissions des avions, notamment les troubles du sommeil, l'hypertension, les effets cardiovasculaires, les troubles de l'apprentissage chez les enfants et autres effets sur la santé mentale.

La priorité est actuellement d'élaborer des mesures permettant de réduire les nuisances sonores dans le cadre de la procédure d'approche équilibrée. Dans ce cadre, des mesures possibles, y compris concernant les vols de nuit, sont examinées et modélisées quant à leur contribution aux objectifs de réduction du bruit. Les personnes présentant des problèmes de santé peuvent, bien entendu, faire appel aux soins de santé classiques, mais la mesure de santé la plus efficace reste la réduction de l'exposition elle-même.

40.03 **Ridouane Chahid** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses qui confirment nos craintes et qui vont dans le sens du rapport que vous avez commandé sous l'ancienne législature. Bien entendu, j'interrogerai également M. Crucke sur cette question pour qu'il veille à ce que la procédure du gouvernement flamand soit respectée et qu'elle tienne compte des recommandations.

Maintenant, j'ose espérer que votre cabinet et vous-même ferez de même au moment où le permis sera en procédure de délivrance pour faire en sorte que ces nuisances, qui sont néfastes pour les riverains et qui sont clairement étayées dans ce rapport, soient moindres au fil du temps ce, en vue d'éviter la réapparition de ces pathologies chez celles et ceux qui subissent ces nuisances.

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

Le **président**: La question n° 56017178C de M. Patrick Prévot sera traitée par écrit.

**41 Questions jointes de**
**- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des vaccins contre le pneumocoque et le méningocoque" (56017179C)**
**- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vaccination contre les pneumocoques" (56017237C)**
**41 Samengevoegde vragen van**
**- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van pneumokokken- en meningokokkenvaccins" (56017179C)**
**- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De pneumokokkenvaccinatie" (56017237C)**

41.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) recommande désormais la vaccination de tous les nourrissons contre le pneumocoque avec le vaccin PCV20, selon un schéma 3+1, ce vaccin couvrant un spectre de sérotypes nettement plus large que le PCV13 actuellement remboursé. Il recommande également la vaccination contre le méningocoque ACWY chez les adolescents de 15-16 ans ainsi que, sur base individuelle, la vaccination contre le méningocoque B chez les nourrissons et les jeunes de 15 à 19 ans.

Or, à ce jour, ni le PCV20, ni les vaccins contre le méningocoque B, ni le rattrapage ACWY chez

l'adolescent ne sont remboursés. Le coût d'un schéma complet de primovaccination du nourrisson contre le pneumocoque et le méningocoque B s'élève à environ 527 euros, une charge financière qui pèse directement sur les familles et crée des inégalités d'accès selon le niveau de revenu.

Des pédiatres témoignent que cette barrière financière freine considérablement l'adhésion des parents, alors que les conséquences de ces infections invasives, décès et séquelles graves, sont bien réelles.

Chez les adolescents, l'absence d'intégration dans les programmes de vaccination scolaire se traduit par une couverture quasi nulle pour le vaccin méningocoque, malgré la recommandation explicite du CSS pour cette tranche d'âge.

Monsieur le ministre, quel est l'état d'avancement des discussions entre votre cabinet, le CSS et les entités fédérées concernant l'intégration du PCV20 dans le calendrier vaccinal de base remboursé? Un calendrier précis est-il envisagé pour le remboursement du vaccin ACWY chez les adolescents, recommandé depuis 2019 mais toujours non remboursé pour cette tranche d'âge? Quelles mesures comptez-vous prendre pour le remboursement des vaccins contre le méningocoque B, notamment pour les nourrissons et les jeunes de 15 à 19 ans, ainsi que pour les groupes à risque définis par le CSS? Comment comptez-vous garantir que le délai de mise en œuvre de ces remboursements n'aggrave pas les inégalités sociales d'accès à la vaccination déjà documentées entre communes à revenus différents? Une intégration de la vaccination contre le méningocoque dans les programmes de médecine scolaire est-elle envisagée afin d'améliorer la couverture vaccinale chez les adolescents?

41.02 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik stel u hier geregeld vragen over. Nu zien we dat we weer een stapje verder staan met de Hoge Gezondheidsraad, die recentelijk zijn aanbevelingen inzake pneumokokkenvaccinatie voor volwassenen heeft aangepast. Daarbij is gekozen voor vaccins met een bredere serotypedekking.

De vragen blijven wel nog steeds dezelfde. We zien dat kinderen de belangrijkste dragers van pneumokokken zijn. Ze zijn ook diegenen die ervoor kunnen zorgen, als ze met het nieuwste en het beste vaccin gevaccineerd zijn, dat er veel minder pneumokokken worden doorgegeven aan kwetsbaren.

Ik blijf op een beslissing wachten. Wanneer zal België hetzelfde doen als alle buurlanden, namelijk het vaccin terugbetalen?

Gaat u nog lang wachten met de beslissing? Gaat u het weer hebben over kosten en baten? Hoeveel slachtoffers moeten er eerst vallen voor de baten de kosten wel verantwoorden?

Gaat u opnieuw een studie bestellen? Graag hoor ik uw antwoord.

41.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: De vragen draaien eigenlijk om het implementeren van een populatiegebaseerde vaccinatiecampagne bij zuigelingen, alsook bij 15- tot 19-jarigen ter preventie van pneumokokkeninfecties. Dit is volledig de bevoegdheid van de deelstaten sinds de zesde staatshervorming.

Men stelt me hier eigenlijk vragen waarvoor de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid bij de deelstaten liggen.

Madame Désir, en réponse à votre deuxième question, je peux dire qu'à ce jour, aucune demande de remboursement n'a été introduite auprès de la Commission de remboursement des médicaments au niveau fédéral pour les spécialités Nimenrix et Menveo (ACWY) dans la tranche d'âge des adolescents.

Même chose, d'ailleurs, pour votre troisième question. Au niveau fédéral, aucune demande de remboursement n'a été introduite à ce jour pour les deux vaccins contre le méningocoque B enregistrés en Belgique, que ce soit pour les nourrissons, les adolescents de 15 à 19 ans ou les groupes à risque définis par le Conseil Supérieur de la Santé.

Je ne peux donc pas faire de commentaires là-dessus sans dossier introduit auprès de la CRM. J'insiste sur le fait que, fondamentalement, c'est une responsabilité des entités fédérées.

Mevrouw Bury, er is natuurlijk een recent advies van de Hoge Gezondheidsraad, gepubliceerd in april 2025. De klinische afweging werd door de Hoge Gezondheidsraad uitgevoerd en heeft geresulteerd in een aanbeveling voor het PCV20- of PCV21-vaccin in plaats van het PCV13-vaccin. Dat is opgenomen in het huidige basisvaccinatieprogramma.

Een kort mondeling antwoord volstaat eigenlijk niet

om de afweging tussen PCV13 en PCV20 met de nodige nuances toe te lichten. Ik verwijs daarvoor naar advies 9836 van de Hoge Gezondheidsraad.

Ook uw laatste drie vragen zijn vragen waarvoor de bevoegdheid bij de deelstaten ligt. Ik wil voor dat punt dus echt verwijzen naar de deelstaten.

41.04 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je ne peux pas répliquer grand-chose, puisque vous renvoyez entièrement cette question aux entités fédérées. Je peux simplement constater qu'il semble à tout le moins manquer un espace de concertation entre l'État fédéral et les entités fédérées, notamment à la suite de ce nouvel avis du Conseil Supérieur de la Santé.

Nous sommes en tout cas en retard sur cette question. Il est évidemment impossible d'exiger des parents qu'ils déboursent plus de 500 euros pour pouvoir protéger correctement leur enfant. Les nouveaux vaccins sont aujourd'hui disponibles et couvrent davantage de souches que ceux qui existaient par le passé.

Il existe un sentiment réel que nous passons à côté d'un enjeu majeur de santé publique, particulièrement lorsque l'on observe les dégâts que peuvent causer les pneumocoques et les méningocoques sur la vie d'enfants et d'adolescents. Je reste donc sur ma faim.

41.05 **Katleen Bury** (VB): Ik kan daar eigenlijk zeer veel op antwoorden. U hebt die zaken wel een aantal keren naar u toegetrokken. U begint dan over kosten en baten en zegt dat u er de noodzaak niet van inziet. Waarom komen we hiermee eigenlijk bij u? Natuurlijk weten we dat het basisvaccinatieprogramma Vlaams of Waals is, maar hier gaat het over terugbetalings- en prijsafspraken. U beslist daarover. U moet dat bekijken, maar u doet dat niet. U talmt. Ik kan ouders niet meer uitleggen waarom kinderen in Frankrijk, Duitsland, Spanje en een heel wat buurlanden beter beschermd zijn dan bij ons.

Eigenlijk vind ik dat zelfs geen commissiediscussie waard. Als er een vaccin is dat beter werkt dan een ander, dan moet dat in het programma worden aangepast. Dat is al jaar en dag zo. Toch blijft men talmen. U bekijkt de terugbetalingsvoorwaarden niet.

Die vraag zal bij u blijven komen. U moet die knoop doorhakken. De deelstaten kunnen het dan in hun basisvaccinatieprogramma opnemen.

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

**42 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De communicatie rond de onderhoudsprocedures van IFIC" (56017184C)**
**42 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La communication concernant les procédures d'entretien de l'IFIC" (56017184C)**

42.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Het Instituut voor Functieclassificatie (IFIC) organiseert op regelmatige basis zogenaamde onderhoudsprocedures voor de functies in de zorgsector. Verscheidene beroepsgroepen signaleren ons dat zij niet of laattijdig op de hoogte zijn van de onderhoudstrajecten, waardoor hun betrokkenheid beperkt blijft. Het klopt dat de functieclassificatie tot stand kwam via sociaal overleg. De resultaten zijn van groot belang voor de organisatie van de gezondheidszorg en moeten volgens mij dan ook goed worden gemonitord door de federale overheid. De functieclassificatie is nu eenmaal van belang voor de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen en speelt op die manier een rol bij de invulling van essentiële functies in de zorg. Ik vraag mij dan ook af of de regering op een of andere manier toezicht houdt op de werking van IFIC vzw.

Wordt in kaart gebracht wat het effect is van de werking van het IFIC en van de functieclassificatie op de zorgsector en de werving van zorgpersoneel?

Welke verschuivingen hebben eventueel plaatsgevonden na de invoering van het IFIC-systeem?

Acht u het IFIC met zijn functieclassificatie een geschikt instrument om onze zorgsector aantrekkelijk te maken?

Worden de verschillende beroepsgroepen waarop het IFIC-systeem van toepassing is, volgens u voldoende betrokken bij de evaluatie?

42.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: IFIC vzw kwam tot stand in het kader van het sociaal overleg tussen de overheid, de werkgevers en de vakbonden. De werking ervan werd vastgelegd in de cao van 28 september 2016. Het centrum is bovendien een onafhankelijk orgaan met als doel

de sociale partners te ondersteunen bij de ontwikkeling en de implementatie van analytische functieclassificaties en nieuwe baremamodellen in de non-profitsector, zowel op federaal als op regionaal niveau.

Er zijn voorlopig nog geen studies uitgevoerd die in kaart brengen of IFIC een effect heeft op de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen, noch wat dat effect precies zou zijn.

De invoering van IFIC heeft geleid tot een aantal structurele evoluties, zoals de harmonisering van functies en loonbarema's en het principe van gelijk loon voor gelijk werk. Met IFIC is een functie-indeling ingevoerd op basis van objectieve criteria, gekoppeld aan een loonmodel met duidelijke verhoudingen en stimulerende evoluties doorheen de loopbaan.

Het IFIC-systeem is een belangrijk instrument om te komen tot een transparante, objectieve en geharmoniseerde verloning in de zorgsector. Tegelijk moet worden benadrukt dat de aantrekkelijkheid van de zorgsector afhangt van meerdere factoren zoals arbeidsomstandigheden, werkdruk en loopbaanperspectieven.

De functieclassificatie en de onderhoudsprocedures gebeuren binnen het kader van het sociaal overleg en daarin zijn de representatieve organisaties van werknemers en werkgevers betrokken. De technische werkgroepen bij de vzw IFIC bestaan uit experten en vertegenwoordigers van het werkveld, waaronder hr-mensen, verpleegkundigen en directie. Ook de stuurgroepen zijn samengesteld door de sociale partners.

42.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Niet alleen het loon maakt een job in de zorgsector aantrekkelijk. De inhoud van de job is minstens even belangrijk. Daarom moeten we er ook voor zorgen dat zorgverleners zo veel mogelijk tijd kunnen besteden aan de zorg voor de patiënten. Dat is ook de reden waarom verpleegkundigen destijds voor die job hebben gekozen. Laten we daar dus ook werk van maken.

Tegelijkertijd hoor ik toch dat er problemen zijn met het IFIC-systeem. De doelstellingen ervan, waaronder het objectiveren, harmoniseren en transparanter maken van de verloning zijn volgens mij goed. Ik vraag me echter af of het systeem het voor bepaalde afdelingen waarvoor het al moeilijk is om personeel aan te trekken, zoals de geriatrie, geen ongewenste neveneffecten veroorzaakt.

U hebt gezegd dat er nog geen studies zijn uitgevoerd naar de effecten van het IFIC-systeem. Zo'n evaluatie zou toch eens moeten worden ingepland. Ik ben mij ervan bewust dat dat een bevoegdheid van de sociale partners is, maar het systeem heeft wel een tastbaar effect op onze gezondheidszorg. Daarom meen ik dat de overheid moet blijven opvolgen of het systeem wel de beoogde effecten heeft.

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

**43 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des traitements contre l'obésité" (56017185C)**
**43 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van obesitasbehandelingen" (56017185C)**

43.01 **Caroline Désir** (PS): Je renvoie à la version écrite de ma question.

*Monsieur le ministre, vous avez récemment confirmé ne pas vouloir rembourser le Wegovy, conformément à l'avis de la CRM, en mettant en avant la nécessité d'une approche prioritairement non médicamenteuse.*

*Vous indiquez que dans un scénario où tous les bénéficiaires potentiels seraient effectivement traités, le traitement médicamenteux de l'obésité pourrait s'élever à plusieurs milliards d'euros par an, voire représenter plus de la moitié du budget total consacré aux médicaments.*

*Une telle dépense, pour un traitement dont l'effet disparaît dès qu'il est interrompu, empêcherait de financer d'autres soins nécessaires à d'autres patients, sans que l'on soit certain de l'effet sur la santé publique obtenu en contrepartie.*

*Vous précisez par ailleurs que, dans le cadre d'un trajet de soins spécialisé et structuré, destiné à des groupes bien définis souffrant d'obésité sévère et de problèmes de santé évidents, les médicaments amaigrissants sont bel et bien utiles. Mais un tel encadrement complet, centré sur le patient et s'inscrivant dans les soins de première ligne, ne figurait pas dans la demande de remboursement.*

*Dans ce cadre, je souhaite vous relayer le témoignage d'une patiente atteinte d'obésité sévère depuis l'enfance, ayant déjà bénéficié d'une*

*chirurgie bariatrique, puis d'un traitement par tirzépatide. Ce traitement lui permet aujourd'hui une stabilisation de sa maladie et une amélioration significative de sa qualité de vie. Toutefois, il ne s'agit pas d'une guérison: l'arrêt du traitement entraîne une reprise de la pathologie, ce qui confirme son caractère chronique.*

*Cette situation soulève une question: lorsque le traitement est efficace, l'indice de masse corporelle peut redevenir "normal" et peut conduire à exclure certains patients des dispositifs de prise en charge, alors même que la maladie demeure et que le traitement reste nécessaire.*

*Monsieur le ministre, comment entendez-vous articuler une stratégie globale de lutte contre l'obésité avec l'accès aux innovations thérapeutiques pour les patients souffrant de formes sévères et chroniques? Une réflexion est-elle en cours afin d'éviter que des patients stabilisés sous traitement soient exclus des critères de prise en charge en raison d'un IMC redevenu "normal"? Envisagez-vous de reconnaître, dans certains cas, la nécessité d'un traitement médicamenteux au long cours intégré dans un trajet de soins structuré?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

43.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je reconnais que l'obésité est une maladie chronique qui nécessite une approche intégrée et de long terme. Je fais dès lors le choix d'une stratégie globale axée sur la prévention et sur des trajets de soins structurés. Les traitements innovants peuvent apporter une plus-value pour certains patients, mais leur remboursement doit rester encadré, compte tenu de leur impact budgétaire potentiel. Parallèlement, la recherche doit nous permettre de mieux cibler les patients qui en bénéficient réellement. L'obésité n'est pas une maladie uniforme.

Il va de soi que, lorsqu'un remboursement sera envisagé pour ces traitements, les critères d'admission au remboursement devront être appréciés au moment de l'initiation du traitement, et non au moment de l'introduction de la demande de remboursement. Cette approche est indispensable pour garantir une intervention équitable entre les patients déjà sous traitement et ceux qui débuteront celui-ci après l'inscription de ces spécialités sur la liste des médicaments remboursables. Dans cette perspective, il est essentiel que les dossiers médicaux soient documentés de manière complète dès le début du traitement. Par ailleurs, la possibilité d'intégrer un traitement médicamenteux au long cours dans un trajet de soins structuré est envisagée. Cette réflexion est menée en lien avec les équipes travaillant sur le trajet de soins ainsi qu'avec des experts en endocrinologie, en nutrition et en médecine générale. L'objectif est de garantir que, si un remboursement devait être envisagé à l'avenir, il s'inscrive dans une prise en charge multidisciplinaire, cohérente et centrée sur le patient.

43.03 **Caroline Désir** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour cette réponse. Je pense que c'est une réponse qui donne tout de même de l'espoir. En tout cas, une réflexion est menée afin d'envisager le remboursement dans certains cas. J'entends bien que vous indiquez qu'il faut une stratégie globale, multidisciplinaire et cohérente, avec des dossiers médicaux correctement documentés et complets, permettant une appréciation au cas par cas des critères d'admission au remboursement. Tout cela, je peux le comprendre. Mais j'entends aussi, dans votre réponse, que vous considérez bien l'obésité comme une maladie chronique et que la réflexion est en cours, de votre côté, afin d'envisager ce remboursement.

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

**44 Samengevoegde vragen van**
**- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidskloof" (56017192C)**
**- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Armoede en de toegang tot gezondheidszorg" (56017253C)**
**- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De CM-studie over de zorgongelijkheid (algemeen)" (56017255C)**
**- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De CM-studie over de zorgongelijkheid (out-of-pocketkosten en beschermingsmechanismen)" (56017257C)**
**44 Questions jointes de**
**- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fracture sanitaire" (56017192C)**
**- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé**

**publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pauvreté et l'accès aux soins de santé" (56017253C)**
**- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude de la MC sur les inégalités dans l'accès aux soins de santé (général)" (56017255C)**
**- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude de la MC sur les inégalités de santé (coûts à charge du patient et mécanismes de protection)" (56017257C)**

De **voorzitter**: Enkel mijn vraag en de vraag van de heer Van Lysebettens zullen worden gesteld. De andere vraagstellers zijn niet aanwezig.

44.01 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, iedereen in ons land heeft recht op kwalitatieve en betaalbare zorg. U weet dat dat voor onze partij van fundamenteel belang is. Gezondheid en kansen op een lang en gezond leven mogen nooit afhangen van de grootte van iemands portemonnee.

Een recente studie van de CM legt echter nogmaals bloot dat er een gezondheidskloof bestaat in ons land en dat die kloof blijft bestaan. Mensen met een lager inkomen worden vaker geconfronteerd met chronische ziekten en hebben een lagere levensverwachting. Dat is een onrechtvaardigheid die resoluut moet worden aangepakt.

Vooruit is van mening dat een sterke, solidaire en toegankelijke gezondheidszorg de absolute hoeksteen van onze welvaartsstaat vormt.

Om de koopkracht van onze burgers te beschermen en gelijke kansen op gezondheid te garanderen, moeten de financiële drempels in de zorg systematisch worden weggewerkt. Twee cruciale instrumenten daarvoor zijn het aanpakken van de ereloonsupplementen en het uitbreiden van de derde-betalersregeling.

Daarover heb ik vragen voor u. Nogmaals bleek immers dat de ereloonsupplementen blijven stijgen, tot maar liefst 760 miljoen euro in 2024. Ook is duidelijk gebleken dat een kleine groep van 10 % van de artsen verantwoordelijk is voor 43 % van alle aangerekende supplementen. Bovendien hebben wij al verschillende keren vastgesteld dat de factuur sterk verschilt van ziekenhuis tot ziekenhuis, wat zorgt voor onbegrip en onzekerheid bij de patiënten.

Mijn eerste vraag gaat over de ereloonsupplementen. U hebt de artsensyndicaten en artsenorganisaties tot midden 2027 de tijd gegeven om met een voorstel te komen voor een eerlijk plafond op de ereloonsupplementen. Dat plafond zou in 2028 moeten ingaan. Kunt u verduidelijken hoe dat proces verloopt? Kunt u daarover informatie geven? Voor onze fractie komt dat plafond namelijk liever vroeg dan laat. Als het proces niet goed verloopt, kunt u dan bevestigen dat de regering bereid is om zelf een plafond op te leggen indien er geen eerlijk voorstel komt?

Mijn tweede vraag betreft de derde-betalersregeling. De versterking van de derdebetalersregeling is een cruciale maatregel, die ook in het regeerakkoord staat, maar die maatregel staat niet op zich. Er zijn ook andere maatregelen nodig. Welke stappen hebt u al gezet om de versterking van de derde-betalersregeling te realiseren? Welke andere maatregelen overweegt u daarnaast nog om de meest kwetsbaren beter te beschermen?

44.02 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, collega Bertels heeft de aanleiding voor deze vraag al geschetst, de nieuwe studie van de CM, waaruit nog maar eens blijkt dat de gezondheidsongelijkheid nog altijd substantieel is in dit land. De bestaande instrumenten, die we nu gebruiken, schieten nog altijd tekort.

Een oplossing, zo blijkt uit de data, zijn wijkgezondheidscentra, die de ongelijkheid aantoonbaar reduceren. In 2024 maakte u die centra voor huisartsen aantrekkelijker door de uitrol van een derde-financieringsmodel. Is dat ondertussen geëvalueerd? Zult u op basis van die evaluatie de wijkgezondheidscentra toegankelijker maken en verder uitbouwen?

In uw nieuwe armoedeplan staat dat de maximumfactuur wordt uitgebreid. Welke concrete resultaten beoogt u om de ongelijkheid in reële gezondheidsuitgaven te doen dalen?

Inzake betaalbare zorg heb ik in oktober van vorig jaar een schriftelijke vraag ingediend over een proefproject met mondhygiënisten. Bij mijn weten heb ik daar nooit een antwoord op gekregen, al heb ik drie keer mijn mailbox gecheckt. Ik vind het wel nog altijd een interessante vraag en een interessant proefproject. Ik hoop dat u nagaat of ik daarop nog een antwoord mag verwachten. Wanneer kan ik dat krijgen?

Om toch al vooruit te lopen op dat antwoord, wat

zijn de voorlopige conclusies van dat proefproject? Zijn er plannen om op basis ervan forfaitaire of hybride financiering van preventieve mondzorg structureel toe te passen? Zo niet, waarom niet?

Dat is een van de dingen die uw partijgenoot, Rudy Coddens, meegenomen heeft toen ik als beginnend gemeenteraadslid met hem op stap was in de lokale OCMW-werking. Tandzorg en mondhygiënezorg zijn voor die doelgroepen extra belangrijk, omdat die vormen van zorg bij de eerste dingen zitten die mensen nalaten wegens de hoge kostprijs en de impact ervan op hun budget.

44.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u wel. Het is reeds laat in onze werkzaamheden. Alleen de diehards zijn hier nog aanwezig, maar het is wel een heel belangrijk onderwerp. Ik denk dat de studie van de Christelijke Mutualiteit een zeer zinvolle en nuttige studie is.

Ik vind het ook interessant dat u beiden een enigszins verschillende invalshoek hanteert. De heer Bertels heeft het over de problematiek van de betaalbaarheid via supplementen, de derde-betalersregeling enzovoort, terwijl de heer Van Lysebettens het dan weer heeft over de manier waarop we een beter aanbod kunnen organiseren, met voorzieningen die sterk inzetten op gelijke toegang en outreach naar kwetsbare mensen. Dat vind ik interessant.

Om te beginnen, mijnheer Bertels, het debat over de ereloonsupplementen is absoluut cruciaal. Ik wil bevestigen dat de regering heeft gevraagd om tegen juli 2027 – dat is binnen 13 maanden – een onderhandeld akkoord te bereiken in de overeenkomstencommissies en akkoordencommissies, namelijk de medicomut, de dentomut en de kinemut, over een beperking van de ereloonsupplementen.

Dat betekent niet dat alle ereloonsupplementen moeten verdwijnen. Het betekent wel dat de excessen eruit moeten en dat we desnoods een fijnmazig, gedifferentieerd systeem krijgen voor de beperking van ereloonsupplementen in alle sectoren en voor alle prestaties. Dat geldt zowel voor ereloonsupplementen die gekoppeld zijn aan een verblijf in een eenpersoonskamer als voor ereloonsupplementen die ambulant worden aangerekend door niet-geconventioneerde zorgverleners.

Dit is absoluut cruciaal en ik wil vasthouden aan die timing. Ik denk ook dat het een eerlijke timing is. Ze is ruim op voorhand aangekondigd. Bovendien spoort die timing met de uitrol van de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering.

U weet dat ik van plan ben om in de maanden na de zomer – ik ga daar nu geen concrete datum op plakken – een voorstel neer te leggen bij de medicomut over een relatieve waardeschaal voor de zuivere professionele honoraria voor alle medische prestaties. Zo kan het debat starten over de manier waarop we medische prestaties op een zuivere en correcte wijze vergoeden. Vervolgens kunnen daarover onderhandelingen worden gevoerd die tot beslissingen leiden.

Dat betekent dat we in de tweede helft van 2026 en de eerste helft van 2027 parallel gesprekken, overleg en onderhandelingen zullen voeren die moeten uitmonden in beslissingen binnen al die organen, met name de medicomut, maar ook de andere overlegorganen, over zowel een nieuwe nomenclatuur voor artsen als beperkingen van de ereloonsupplementen.

U weet dat het de ambitie van de regering is om de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur tegen het einde van de legislatuur volledig te implementeren. Dat betekent dat we de implementatie van een akkoord over de ereloonsupplementen in datzelfde tijdperspectief moeten zien. Ik laat het uiteraard aan de onderhandelaars over om na te denken over dat tijdperspectief, maar het moet concreet, helder en voldoende ambitieus zijn. Als er geen akkoord tot stand komt, zal de regering daarover zelf beslissingen nemen. Dat komt dan op de agenda van de regering in de tweede helft van 2027. Ik vind het erg belangrijk dat als we een geloofwaardig systeem van officiële honoraria voor artsen en andere zorgverleners willen, er daarnaast ook een beperking van de ereloonsupplementen wordt ingevoerd, zodat die officiële honoraria echt de spil van het systeem zijn.

De derde-betalersregeling is ook belangrijk. We willen dat inderdaad veralgemenen. U weet dat we er tegen eind 2028 voor willen zorgen dat elke categorie van zorgverleners de derde-betalersregeling elektronisch kan toepassen. Dat is absoluut essentieel, ook voor de zorgverleners zelf. Een betrouwbare elektronische facturatie moet toelaten dat zorgverleners snel het geld ontvangen waarop ze in het kader van de derde-betalersregeling recht hebben. Op die manier faciliteren we de veralgemening zeer sterk, maar het debat over hoe we de veralgemening van de derde-betalersregeling verder kunnen promoten moet worden gevoerd.

De maximumfactuur is een derde element in het

verhaal van de financiële toegankelijkheid. Mijnheer Van Lysebettens, het armoedeplan verwijst naar de uitbreiding van de maximumfactuur met kosten die langdurig psychiatrische patiënten in ziekenhuizen hebben, maar ook met de remgelden op Cs- en Cx-geneesmiddelen. Dat is ingevoerd sinds 1 januari van dit jaar. Dat betekent dat het remgeld van alle terugbetaalde geneesmiddelen nu in de maximumfactuur zit. Ik vind dat een belangrijke vooruitgang.

U hoort mij niet zeggen dat daarmee alles is gebeurd wat inzake de maximumfactuur nog kan gebeuren. Mocht ik in de komende twee à drie jaar in de budgetten voor de gezondheidszorg ruimte zien om de maximumfactuur verder te verbeteren, wil ik dat graag doen. Ik heb daarstraks in het debat al een voorbeeld gegeven. Ik wil met name de impact van de facultatieve richttarieven waarop orthodontisten een beroep kunnen doen ook in de maximumfactuur opnemen.

Mijnheer Van Lysebettens, wat betreft het aanbod maakt u goede punten. Ik denk inderdaad dat medische huizen daarin belangrijk zijn en ik draag die een goed hart toe. Dat is ook de reden waarom we die New Deal hebben uitgerold, als een soort tussenformule tussen de meer klassieke prestatiefinanciering van huisartsenpraktijken en de medische huizen. U weet dat die New Deal op 1 april 2024 werd opgestart als een pilootproject en dat het de bedoeling is om dat na drie jaar te evalueren. Dat is werk dat het KCE in april 2027 zal aanvatten en ik hoop dat we dan tegen april 2028 een evaluatie hebben.

Ik ben nog vergeten zeggen dat de maximumfactuur ook als een belangrijk aandachtspunt is opgenomen in het ontwerp van beheersovereenkomst 2026-2030 met het RIZIV.

Mijnheer Van Lysebettens, ik heb blijkbaar niet geantwoord op uw vraag over de mondhygiënisten, mijn excuses. Ik kan u wel zeggen dat we tot op heden inderdaad geen nieuw proefproject voor mondhygiënisten gelanceerd hebben. We zijn dat ook niet van plan, omdat we dat eigenlijk niet meer zo goed zagen zitten. Ik bevestig wel dat er in Gent heel mooie zaken zijn gedaan door schepen Rudy Coddens. Ik heb zelf ook projecten in Gent bezocht, maar onze klemtoon ligt nu op het niet bij wijze van proefproject maar echt definitief invoeren in de regelgeving, in de nomenclatuur, in de tandheelkundige eerstelijnszorg van prestaties door mondhygiënisten die ze, rekening houdend met hun competenties, kunnen uitvoeren en die we dan in de reguliere financiering van de tand- en mondzorg definitief kunnen terugbetalen. Ik heb het daarover gehad met de heer Bacquelaine.

Mevrouw Gijbels, ik zie u kijken, want ik weet dat dat ook een aandachtpunt van u is. We moeten oplossingen vinden om mondhygiënisten op een correcte, maar volwaardige manier een rol te laten spelen, gesteund door het budget dat de dentomut beheert. Dat is niet zo'n eenvoudige discussie, maar we moeten daar nu vooruitgang in boeken. Dat is wat ik daarnet ook aan de heer Bacquelaine heb geantwoord.

44.04 **Jan Bertels** (Vooruit): Bedankt voor de bevestiging van de timing.

Het is inderdaad belangrijk dat we, naast de hervorming van de nomenclatuur voor de zorgverstrekkers, de prestatiefinanciering en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, ook het element betaalbaarheid meenemen. Ook het aanbod, waarnaar de heer Van Lysebettens verwees, moet daarin worden opgenomen. We moeten ervoor zorgen dat de ereloonsupplementen, en zeker de excessen, aan banden worden gelegd door een plafond in te voeren. Bedankt om te bevestigen dat dit de intentie is en dat dat ook zal gebeuren, want dat is belangrijk. De uitbreiding van de derde-betalersregeling en de verdere uitrol van de elektronische facturatie zijn dat ook.

U hebt er terecht nog een element aan toegevoegd. U hebt al een tipje van de sluier opgelicht voor de begroting 2027, namelijk dat nog een aantal zaken zullen worden opgenomen in de maximumfactuur, zodat patiënten kunnen genieten van betaalbare zorg. Wie gezondheidszorg nodig heeft, moet kunnen rekenen op betaalbare gezondheidszorg, zodat iedereen een kwaliteitsvol en gezond leven kan leiden. Dank u wel daarvoor.

44.05 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik blijf natuurlijk geïnteresseerd in het antwoord op mijn schriftelijke vraag. Mijn insteek bij die vraag was ook de gezondheidskloof. Ik begrijp dat u de mondhygiënisten zult opnemen in de reguliere financiering. Wat ik echter zinvol vond aan die proefprojecten was het gezondheidseffect dat zeer rechtstreeks werd gerealiseerd bij die patiënten, omdat zij niets moesten betalen of voorschieten.

Als u zegt dat u dat onderbrengt in de reguliere gezondheidszorg, ga ik er ook van uit dat de maatregelen die de factuur van de patiënten verlichten, waarnaar u in het eerste deel van uw antwoord verwees, ook daarop van toepassing

zullen zijn. Ik ga ervan uit dat dit ook onder de maximumfactuur zal vallen en dat daarvoor eveneens de derde-betalersregeling zal worden uitgewerkt.

Tand- en mondzorg is iets waarmee bijna iedereen wordt geconfronteerd. Als dat niet wordt aangepakt, heeft dat soms zeer grote gevolgen voor het persoonlijk welzijn van die mensen en voor de manier waarop zij omgaan met anderen. Dat is ook zeer belangrijk voor hun zelfbeeld. Daarom is het belangrijk dat we dit in de toekomst structureel kunnen aanbieden. De proefprojecten in Gent wachten natuurlijk op duidelijkheid over hoe zij zich zullen kunnen financieren om dit te kunnen blijven aanbieden.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56017228C van mevrouw de Knop vervalt.

**45 Samengevoegde vragen van**
**- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De weigering van de terugbetaling van sotatercept voor PAH-patiënten" (56017229C)**
**- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van sotatercept, een geneesmiddel tegen pulmonale arteriële hypertensie" (56017370C)**
**- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van sotatercept" (56017401C)**
**- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Sotatercept" (56017671C)**
**45 Questions jointes de**
**- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le refus de remboursement du sotatercept pour les patients HTAP" (56017229C)**
**- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement du sotatercept, médicament contre l'hypertension artérielle pulmonaire" (56017370C)**
**- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement du sotatercept" (56017401C)**
**- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le sotatercept" (56017671C)**

45.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, l'hypertension artérielle pulmonaire est une maladie rare, grave, évolutive, qui touche environ 600 à 700 patients dans notre pays. Il n'existe aucun traitement curatif. Les thérapies actuelles ne font que ralentir sa progression.

En septembre 2024, l'Agence européenne des médicaments a approuvé Winrevair (sotatercept), le premier médicament qui agit sur la cause même de la maladie. Il a reçu les statuts *prime* et *breakthrough therapy*, ce qui est exceptionnel.

Un dossier de remboursement a été introduit en Belgique. La semaine dernière, les associations ont appris que vous aviez refusé le remboursement.

Pour toutes les personnes qui vivent avec une maladie lourde, invalidante, et dont la qualité de vie est dramatiquement réduite, c'est un choc. Les patients ne comprennent pas cette décision, d'autant que les besoins médicaux non couverts sont massifs et documentés.

Monsieur le ministre, quels sont les motifs précis de votre décision négative et de celle de la CRM? Comment cette décision s'articule-t-elle avec les évaluations internationales, qui reconnaissent toutes le caractère innovant et prioritaire de ce traitement? Une révision rapide du dossier est-elle possible, et dans quel délai, afin que les patients belges ne soient pas durablement privés d'un traitement déjà accessible ailleurs? Je vous remercie pour vos réponses.

45.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En octobre 2024, la firme commercialisant Winrevair a introduit une demande de remboursement auprès du secrétariat de la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Cette procédure a ensuite été interrompue par la firme en cours de procédure.

Après obtention de résultats d'études scientifiques complémentaires, la firme a réintroduit une demande de remboursement auprès de la CRM en mai 2025. Cette nouvelle procédure a finalement abouti à ma décision de non-inscription de Winrevair sur la liste de spécialités pharmaceutiques remboursables. Ma décision se base sur l'avis de la Commission de remboursement des médicaments.

Celle-ci reconnaît pleinement le caractère innovant de Winrevair ainsi que le besoin médical important auquel il répond dans le traitement de l'hypertension artérielle pulmonaire. Cependant, au regard du prix très élevé du traitement, la CRM a considéré que le rapport entre son coût et la valeur thérapeutique était défavorable, malgré les données supplémentaires fournies par la firme par rapport au premier dossier. Des incertitudes importantes subsistaient quant à la solidité des résultats cliniques, notamment concernant l'impact sur la mortalité et la qualité de vie.

Le manque de données à long terme et en conditions réelles limitait également l'évaluation de la durabilité de l'effet et de la sécurité des médicaments. Dès lors, la commission a estimé qu'un remboursement ne pouvait être accordé dans ce contexte. Elle a, toutefois, proposé d'engager des négociations conformément à l'article 112 de l'arrêté du 1er février 2018 dans le but de conclure une convention entre l'INAMI et la firme et permettre ainsi un éventuel accès à Winrevair pour une population cible clairement définie.

À l'issue de ces négociations, j'ai rendu une décision négative, aucun accord n'ayant peut être conclu entre les deux parties. Je ne peux pas faire de commentaires supplémentaires à ce sujet, s'agissant de négociations confidentielles.

Je dois dire qu'au niveau international, des autorités comme en France, en Allemagne et au Canada reconnaissent clairement le caractère innovant et le potentiel thérapeutique de Winrevair, mais elles soulignent également les limites des données disponibles et conditionnent l'accès au traitement à des réductions de coûts substantiels, à un ciblage des patients et à la collecte de données complémentaires.

De même, ma décision ne remet nullement en cause l'innovation du traitement et l'espoir qu'il suscite pour les patients, mais elle traduit une approche prudente partagée au niveau international. Dans l'état actuel des données, le niveau de prix combiné à des incertitudes importantes sur le bénéfice à long terme et sur des critères essentiels comme la mortalité ne permet pas de justifier un remboursement en Belgique.

En fait, dans un tel cas, deux options s'offrent à la firme si elle souhaite faire réexaminer la demande de remboursement.

D'une part, si la firme responsable de la commercialisation de ce médicament marque son accord avec les conclusions du rapport d'évaluation de la procédure initiale – celle ayant fait l'objet d'une décision négative –, la firme peut opter pour l'introduction, auprès du secrétariat de la CRM, d'une demande de remboursement selon la procédure dite *loop*. Cette procédure allégée permet une réévaluation plus rapide du dossier, avec un délai de traitement de 90 jours à l'exclusion des suspensions d'application.

D'autre part, la firme conserve également la possibilité de réintroduire à tout moment un nouveau dossier de demande de remboursement. Ce dossier sera alors soumis à une nouvelle évaluation complète, conformément à la procédure classique en vigueur dont la durée est de 180 jours à l'exclusion des suspensions d'application.

Concernant la dernière question de Mme Désir sur le programme *Medical Need*, les programmes d'accès précoce tels que le programme *Medical Need* relèvent d'un cadre réglementaire distinct de celui du remboursement. Ces programmes permettent, sous certaines conditions strictement définies par la réglementation, un accès temporaire à des médicaments avant ou indépendamment de leur remboursement. Leur organisation, leur maintien et les critères d'inclusion relèvent du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, dans le respect des autorisations délivrées par les autorités compétentes. Le SPF Santé publique et l'AFMPS poursuivent le suivi de ces dispositifs, conformément à leurs compétences respectives.

Par ailleurs, si une nouvelle demande de remboursement devait être introduite, celle-ci serait examinée selon la procédure habituelle et sur la base des éléments scientifiques et économiques disponibles à ce moment-là.

Belangrijk is dat patiënten van wie de therapie in het Medical Need Program werd opgestart, verder toegang tot de behandeling blijven behouden.

45.03 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je peux concevoir qu'il n'est pas facile pour vous de répondre à quatre questions alors qu'une seule vous a été posée. Par ailleurs, les deux derniers éléments que vous avez apportés ne répondent pas directement à ma question.

Cela étant, j'ai obtenu les réponses aux trois interrogations que je vous avais adressées, à savoir les motifs précis ayant conduit à votre décision négative ainsi qu'à celle de la CRM. Je ne suis évidemment pas en mesure de les juger, puisque je ne dispose pas de l'ensemble des

éléments du dossier.

Vous indiquez qu'il s'agit d'une approche prudente, fondée sur des incertitudes persistantes quant à la solidité des essais cliniques, au manque de données à long terme et au coût du traitement au regard des incertitudes qui subsistent. J'entends ces arguments et je ne peux pas, à ce stade, porter moi-même un jugement sur cette analyse.

J'entends également que la CRM reconnaît le caractère innovant du médicament et que la firme conserve la possibilité d'introduire une nouvelle demande selon deux procédures différentes: l'une accélérée et l'autre classique.

J'espère que ces perspectives pourront redonner de l'espoir aux patients qui constatent que, dans d'autres pays, un remboursement de ce traitement est déjà possible. Le dossier reste donc à suivre, et je suppose que nous ne sommes pas encore arrivés au terme du parcours concernant le remboursement de ce médicament. Je continuerai, pour ma part, à suivre attentivement l'évolution de ce dossier.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56017239C van de heer Van Lysebettens wordt schriftelijk behandeld.

**46 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De herkomst van eicellen" (56017245C)**
**46 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'origine des ovocytes" (56017245C)**

46.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, in het kader van medisch begeleide voortplanting worden in België ook eicellen gebruikt die afkomstig zijn van buitenlandse donoren. Transparantie over de herkomst van die eicellen en de voorwaarden waaronder de donatie plaatsvindt, is daarbij natuurlijk van groot belang om de kwaliteit, veiligheid en traceerbaarheid van menselijk lichaamsmateriaal te kunnen waarborgen.

Ik heb daarover een aantal vragen.

Aan welke voorwaarden moeten die buitenlandse eiceldonoren voldoen? Hoe wordt de naleving van die voorwaarden gecontroleerd?

Beschikt het FAGG over gegevens met betrekking tot de herkomst van in België gebruikte donoreicellen? Op welke wijze oefent het FAGG controle uit op de herkomst van die eicellen en op de omstandigheden waarin zij worden gedoneerd of geoogst?

Kunt u mij eventueel schriftelijk een overzicht bezorgen van het aantal eiceldonoren per land van herkomst? Indien die gegevens niet centraal beschikbaar zijn, waar worden zij bijgehouden en welke instantie beschikt daarover?

46.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor eicellen die in België worden gebruikt in het kader van medisch begeleide voortplanting, gelden dezelfde kwaliteits-, veiligheids- en traceerbaarheidsvereisten, ongeacht of ze afkomstig zijn van een donor in België of uit het buitenland.

De invoer van eicellen uit een land buiten de Europese Economische Ruimte of de overdracht van eicellen vanuit een andere lidstaat van de Europese Economische Ruimte is alleen toegestaan voor zover dat gebeurt overeenkomstig de bepalingen van de wet van 19 december 2008 inzake menselijk lichaamsmateriaal en de Europese regelgeving inzake weefsels en cellen.

Tot 7 augustus 2027 blijft daarbij richtlijn 2004/23/EG inzake weefsels en cellen, samen met de uitvoeringsrichtlijn en het toepasselijke Europese kader, van toepassing. Vanaf 7 augustus 2027 wordt dat kader in hoofdzaak vervangen door de SoHO-verordening.

De fertiliteitscentra zijn verantwoordelijk om na te gaan of ingevoerde eicellen aan die bepalingen voldoen. Het FAGG voert inspecties uit bij de fertiliteitscentra, waarbij wordt nagegaan of de vigerende wetgeving wordt nageleefd. Daarbij kan het FAGG onder meer de ingevoerde eicellen, de traceerbaarheid van het materiaal en de samenwerkingsovereenkomsten met buitenlandse instellingen steekproefsgewijs controleren.

Voor banken of instellingen binnen de Europese Economische Ruimte gebeurt de controle op de naleving van de Europese kwaliteits- en veiligheidsnormen door de bevoegde autoriteit van de betrokken staat binnen de Europese Economische Ruimte. Ook voor materiaal dat afkomstig is van buiten de Europese Economische Ruimte is de Belgische fertiliteitsinstelling verantwoordelijk voor de gelijkwaardigheid van de kwaliteits-, veiligheids- en

traceerbaarheidsvoorwaarden.

Ik antwoord op uw tweede vraag. De controle op de voorwaarden voor donatie gebeurt via de verplichting voor centra om samenwerkingsakkoorden en wijzigingen te melden en via de jaarlijkse rapportering van het door hen geïmporteerde materiaal.

In uw derde vraag vroeg u om schriftelijke gegevens. Wat de beschikbare gegevens betreft, moet worden verduidelijkt dat de activiteitenverslagen van de centra vandaag enkel globale herkomstcategorieën bevatten van zowel eicellen voor donatie als eicellen in het kader van partnerdonatie. Het gaat dan bijvoorbeeld om eicellen, afkomstig uit een ander Belgisch ziekenhuis, uit een andere Europese bank of uit een niet-Europese bank. Er worden in deze rapportering geen landspecifieke gegevens geregistreerd. Het FAGG beschikt daardoor niet over een overzicht van het aantal eicellen per land van herkomst.

In het voorontwerp van wet tot opheffing van de anonimiteit van donoren is wel voorzien dat het land van herkomst in de toekomst in het centrale register zal worden geregistreerd voor alle donorgameten, met inbegrip van eicellen.

Ik kan u schriftelijk de gegevens bezorgen in de vorm van een tabel.

46.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Wat ik onthoud, is dat het in de toekomst wel geregistreerd zal worden. Ik meen dat dit belangrijk is, want bepaalde landen worden ter zake als risicoland aangemerkt. Dan gaat het zelfs over landen als Spanje, waar er twijfels zijn over de manier waarop eicellen geoogst worden, en onder welke voorwaarden.

Bij eiceldonatie is er een heel specifieke en ook wel belastende, procedure voor de vrouw die de eicellen doneert. De vraag moet dan ook altijd zijn wat de drijfveer daarvoor is en of er geen commerciële overwegingen zijn die de vrouw ertoe brengen om haar eicellen te doneren. Dit zijn toch zaken die we zeker goed moeten afwegen.

Ik weet ook dat sommige fertiliteitscentra niet willen werken met eicellen uit het buitenland wegens ethische afwegingen. Het is goed dat het binnenkort beter in kaart zal worden gebracht. Ik ben wel benieuwd naar de tabel die bezorgd zal worden.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

De **voorzitter**: Collega's, let nu goed op, want het zal ineens vooruitgaan. Vraag nr. 56017256C van mevrouw Merckx en vraag nr.56017258C van mevrouw Eggermont vervallen. Ook vraag nr. 56017263C van mevrouw De Knop en vraag nr. 56017269C van mevrouw Merckx vervallen. Vraag nr. 56017288C van de heer Prévot en vraag nr. 56017300C van mevrouw De Vreese worden schriftelijk behandeld. Vraag nr. 56017331C van de heer Bacquelaine en vraag nr. 56017623C van mevrouw Dedonder vervallen. Vraag nr. 56017371C van de heer Bacquelaine wordt uitgesteld. Vraag nr. 56017380C van de heer Michel wordt schriftelijk behandeld.

**47 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De begeleiding bij prenatale screening" (56017384C)**
**47 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accompagnement lors du dépistage prénatal" (56017384C)**

47.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): De niet-invasieve prenatale test (NIPT) heeft in de voorbije jaren een vaste plaats verkregen in de prenatale zorg, en heeft de toegang tot prenatale screening sterk vergroot. Dat brengt echter de nodige uitdagingen met zich. Toekomstige ouders worden geconfronteerd met complexe informatie en moeilijke keuzes, terwijl niet elke vastgestelde afwijking een eenduidig beeld geeft van de ernst of het verloop van een aandoening. Dat kan leiden tot heel wat onzekerheid bij de toekomstige ouders, zodat een goede counseling sterk aangewezen is.

Hoe evalueert u vandaag de kwaliteit en de toegankelijkheid van de verstrekte informatie aan toekomstige ouders voorafgaand aan een NIPT-test?

In welke mate wordt er systematisch voorzien in voldoende tijd en ruimte voor begeleiding, zowel voor als na de test?

Worden de ouders volgens u vandaag voldoende geïnformeerd om een weloverwogen keuze te maken inzake prenatale screening? Weten ze op voorhand welke informatie ze zullen verkrijgen?

Acht u het nodig de kwaliteit van de prenatale begeleiding te versterken? Zo ja, welke initiatieven tracht u te ondernemen?

47.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik moet zeggen, mevrouw Gijbels, dat ik het volste vertrouwen heb in de zorgprofessionals, de artsen, de gynaecologen, de huisartsen. Ze zijn verantwoordelijk voor duidelijke communicatie met de ouders, zowel voor als na de test. Ze zijn daarvoor ook opgeleid. De meeste ziekenhuizen hebben bovendien webpagina's en brochures met informatie over de NIPT, die consulteerbaar zijn voor de patiënten.

Domus Medica heeft voor de huisarts een consultondersteunende folder inzake prenatale screening. Vzw's als Fara bieden zorgzame begeleiding bij moeilijke zwangerschapskeuzes, en zijn bereikbaar via mail, telefoon en chat.

Er is tot nu toe vanuit de overheid geen enquête uitgevoerd bij de zorgverstrekkers om te weten hoeveel tijd er genomen is voor de begeleiding van de ouders voor een NIPT. Het huidige honorarium dekt de tijd van een raadpleging. Normaal zou er dus voldoende tijd moeten zijn.

De NIPT betreft een gerichte screening naar trisomie 21, 18 en 13. Toekomstige ouders worden vooraf geïnformeerd over de aandoeningen waarop de test screent. Daarnaast kan de NIPT ook andere chromosoomafwijkingen aan het licht brengen. Als zo'n bevinding relevant kan zijn voor de gezondheid van de moeder en/of het kind, wordt die opgenomen in het screeningsrapport en vervolgens met de ouders besproken. Daarvoor bestaan richtlijnen van het Belgisch College voor Menselijke Erfelijkheid en Zeldzame Ziekten.

Een eventuele ruimere prenatale screening vraagt om een grondig ethisch en maatschappelijk debat. Een adviesvraag daarover werd gesteld aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek.

Het interfederale perinatale programma werd in het najaar van 2024 gelanceerd en focust zich momenteel op de prenatale screening en begeleiding van zwangere vrouwen met psychosociale kwetsbaarheden. Er lopen ook discussies tussen het RIZIV en de verschillende relevante beroepsgroepen en organisaties over de prenatale medische ondersteuning van zwangere vrouwen met een laag risico.

47.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik inspireerde mij op de vraag van mijn voormalige collega Elke Sleurs, zelf gynaecoloog gespecialiseerd in hoogrisicozwangerschappen met veel ervaring in de NIPT, aan toenmalig bevoegd minister Crevits in het Vlaams Parlement in de vorige legislatuur stelde. Zij maakte zich namelijk zorgen over het feit dat de NIPT vaak ook meer doet dan alleen die drie afwijkingen opsporen en dat toekomstige ouders niet altijd even goed geïnformeerd zijn over wat zij kunnen verwachten aan bijkomende relevante aandoeningen die eventueel gemeld worden. In het debat in het Vlaams Parlement werd aangehaald dat er effectief overleg zou zijn met de federale regering over de wenselijkheid om hiervoor een kwaliteitskader uit te werken. Daarbij zou ook sprake zijn van *informed consent*, waarin heel duidelijk wordt opgenomen op welke foetale of chromosomale afwijkingen wordt nagekeken en welke worden gerapporteerd, zodat de ouders daarop kunnen worden voorbereid. Sciensano zou via een externe kwaliteitscontrole ook bekijken of er op dat vlak verschillen zijn tussen de labo's, omdat die er blijkbaar wel zijn. Het ene labo kijkt op meer zaken na dan het andere. Ik weet niet wanneer we het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek kunnen verwachten, maar misschien biedt het wel een aanknopingspunt, om verder op door te gaan.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 56017408C en 56017669C van de heer De Smet worden schriftelijk behandeld. De vraag nr. 56017419C van mevrouw Bury wordt ook schriftelijk behandeld.

**48 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De inzet van mondhygiënisten en de opvolging van de interfederale werkgroep Preventie" (56017480C)**
**48 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le recours aux hygiénistes buccodentaires et le suivi du groupe de travail interfédéral Prévention" (56017480C)**

48.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik hoor net dat daarover al een vraag werd gesteld. Mijnheer de minister, als u hierop nog een apart antwoord hebt, dan mag dat zo worden opgenomen in het verslag. Anders laat ik deze vraag vallen en wachten we tot er wat meer progressie in dit dossier is.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56017560C van mevrouw

Bury wordt schriftelijk behandeld. Vraag nr. 56017565C van mevrouw De Knop vervalt. De vragen met de nrs. 56017578C, 56017583C en 56017584C van de heer De Smet worden schriftelijk behandeld. Vraag nr. 56017607C van de heer Cornillie wordt schriftelijk behandeld. Vraag nr. 56017642C van mevrouw De Knop vervalt. De vragen nrs. 56017656C, 56017657C en 56017659C van mevrouw Taton worden uitgesteld. Vraag nr. 56017663C van mevrouw De Knop vervalt. Vraag nr. 56017665C van mevrouw Depoorter wordt schriftelijk behandeld. Vraag nr. 56017666C van mevrouw De Knop vervalt. Vraag nr. 56017667C van mevrouw Depoorter wordt schriftelijk behandeld. Vraag nr. 56017672C van de heer De Smet wordt schriftelijk behandeld. Vraag nr. 56017674C van mevrouw Eggermont vervalt. De samengevoegde vragen nrs. 56017675C en 56017712C van de dames Eggermont en Merckx vervallen. De samengevoegde vragen nrs. 56017714C, 56017715C, 56017716C, 56017717C, 56017721C, 56017748C en 56017749C van de dames Eggermont, Merckx en Knops en de heer Hedebouw vervallen. De samengevoegde vragen nrs. 56017718C, 56017719C en 56017727C van de dames Eggermont en Merckx en de heer Tonniau vervallen. Vraag nr. 56017723C van mevrouw De Knop vervalt.

**49 Questions jointes de**
**- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des hôpitaux" (56017724C)**
**- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des hôpitaux" (56017726C)**
**- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les rétrocessions dans le cadre du financement des hôpitaux" (56017756C)**
**49 Samengevoegde vragen van**
**- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuisfinanciering" (56017724C)**
**- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuisfinanciering" (56017726C)**
**- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De afdrachten in het kader van de ziekenhuisfinanciering" (56017756C)**

De **voorzitter**: Mevrouw Merckx en mevrouw Eggermont zijn niet aanwezig. Mevrouw Gijbels is als enige aanwezige.

49.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, over de afdrachten in het kader van de ziekenhuisfinanciering heb ik u onlangs in de plenaire vergadering nog vragen gesteld, maar ik heb nog een aantal bijkomende vragen.

Klopt het dat er in de hervormde ziekenhuisfinanciering geen sprake meer zal zijn van afdrachten?

Hoe zal de opsplitsing van het zuiver honorarium en het kostengedeelte voor de extramurale zorg gebeuren? Gebeurt dat op dezelfde manier als voor de intramurale zorg of wordt daarvoor een andere methodiek gehanteerd?

49.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, voor de vraag over de afdrachten wil ik voorlopig blijven bij het antwoord dat ik heb gegeven, met name dat men voor de financiering moet uitgaan van het postulaat dat men zonder afdrachten moet kunnen opstarten. Ik denk dat de meningen verschillen over de vraag of men in de toekomst nog de mogelijkheid moet laten dat artsen inkomsten kunnen samenleggen, poolen, om daarmee iets te financieren, eventueel in de ziekenhuiscontext. Ik wil mij daar nu niet over uitspreken.

Ik heb aan de beheerders van de ziekenhuizen, de artsen en de ziekenfondsen beloofd dat we als uitgangspunt voor die hervorming tot een schema zouden komen dat toelaat dat de ziekenhuizen voldoende worden gefinancierd, zonder dat er afdrachten moeten worden gegeven. Dat moet het startpunt zijn.

Uw andere vraag heeft betrekking op het verschil tussen artsen-specialisten die prestaties leveren buiten ziekenhuizen, waaraan ook directe en indirecte kosten verbonden zijn en er dus een praktijktoelage nodig is, en artsen die dergelijke prestaties voor gehospitaliseerde patiënten leveren. Die redenering gaat uit van de idee dat de directe en indirecte kosten van medische prestaties op basis van dezelfde objectieve gegevens worden vastgesteld. Voor artsen die prestaties leveren voor patiënten die niet gehospitaliseerd zijn, moet er dus ook een praktijkgedeelte bij het honorarium zijn dat overeenstemt met de kosten die moeten worden betaald.

Voor de artsen die in ziekenhuizen prestaties

leveren voor gehospitaliseerde patiënten, is de idee dat die kosten voor de ziekenhuizen worden verwerkt in forfaits op basis van de pathologie van de opgenomen patiënt en de behoeften die met die pathologie samenhangen.

Hoe dat verder zal worden uitgewerkt, is nu precies het voorwerp van het debat. Ik wil daarop niet te ver vooruitlopen. Artsen hebben reële kosten, ook voor patiënten die niet overnachten in een ziekenhuis. Daar moet een praktijktoelage tegenover staan. Voor patiënten die wel overnachten in een ziekenhuis zijn er ook reële kosten, namelijk de directe en indirecte kosten van de medische prestaties, waar ook een financiering tegenover moet staan. Die laatste zullen we in all-inforfaits verwerken, maar het uitgangspunt is wel dezelfde inschatting van dezelfde soort kosten. Ik weet niet of ik duidelijk ben.

De uitwerking daarvan zal volgens mij nog heel wat discussie vragen. Ik hoop dat het rapport dat we op 29 juni hebben voorgelegd aan de Medicomut, en dat ook aan de ziekenhuiskoepels is bezorgd, duidelijk maakt op welke manier we die objectieve kosten vaststellen en welk gedeelte daarvan voor in een ziekenhuis opgenomen patiënten niet door het BFM is gedekt. Ik hoop dat men die methodologie begrepen heeft en goedvindt en dat men het dus ook eens zal zijn met de cijfermatige conclusies die daaruit volgen.

49.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, is dat rapport ook beschikbaar voor ons?

49.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb beloofd dat ik dat rapport ook aan het Parlement zou bezorgen. Het is bezorgd.

49.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Is het rapport al bezorgd? In dat geval moeten wij wellicht eens kijken op het intranet. Ik dank u daarvoor.

Ik heb er zelf nog niet kunnen induiken, maar dat zal de komende tijd nog gebeuren.

U stelt dat die hervormde ziekenhuisfinanciering wordt opgestart met de afspraak dat er geen afdrachten zullen zijn, maar dat dat in de toekomst misschien nog zal moeten worden herbekeken. Ik vrees dat dat niet meteen geruststellend is. Dat zal immers ook een impact hebben op de hele nomenclatuurhervorming en de herijking van de nomenclatuur, waardoor er eigenlijk geen zuiver honorarium meer is. Ik kan mij voorstellen dat dat voor ongerustheid zorgt.

49.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor alle duidelijkheid, ik leg geen axioma neer in deze of gene richting. Dat is allemaal voorwerp van discussie, overleg en onderhandelingen.

Ik hoor daar verschillende zaken over. Daarom geef ik aan dat ik mij daar niet over uitspreek. Daarover moet worden gepraat. In de eerste plaats zijn de actoren aan zet om in overleg en onderhandelingen, die hopelijk tot een akkoord leiden, daarin oriëntaties te bepalen.

49.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Daarover zal inderdaad nog heel wat van gedachten worden gewisseld. Ik kan mij voorstellen dat de meningen daarover uiteenlopen, ook doordat er enige ongerustheid is over de inspraak die artsen willen hebben in de organisatie van een ziekenhuis en in de keuzes die worden gemaakt over de richting waarin infrastructuur en materialen worden aangekocht. Ik kan mij voorstellen dat sommigen enigszins bang zijn dat zij die inspraak verliezen als er ook geen directe financiering meer is vanuit hun honoraria. Op dat vlak zou ik inderdaad duidelijkheid scheppen en de zekerheid geven dat die inspraak, wat ons betreft, belangrijk blijft voor de kwaliteit van de zorg en dat ze gegarandeerd blijft. Wij zullen het vervolg van de gesprekken zeker mee opvolgen.

Inzake het verschil tussen extramuraal en intramuraal zullen wellicht een aantal oefeningen worden gemaakt. Wij zullen ze ook mee opvolgen.

Hopelijk komt er, zodra de voornaamste knopen zijn doorgehakt, ook eens een goede informatiesessie hier in het Parlement om ons daarvan ook op de hoogte te brengen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56017732C van mevrouw De Knop vervalt. De samengevoegde vragen over het zorgpersoneel, zijnde nr. 56017734C van mevrouw Eggermont, nr. 56017736C van mevrouw Merckx en nr. 56017783C van mevrouw De Knop vervallen. Vraag nr. 56017735C van mevrouw Depoorter wordt schriftelijk behandeld.

Mevrouw Gijbels, zodoende kunnen wij de vragensessie afsluiten met onze samengevoegde vragen.

**50 Samengevoegde vragen van**
**- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De urgente hulpverlening en het nummer 1733" (56017758C)**

**- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De mogelijke overheveling van het noodnummer 1733 naar Volksgezondheid" (56017782C)**
**- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nood- en zorgcentrales" (56017794C)**
**50 Questions jointes de**
**- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'aide urgente et le numéro 1733" (56017758C)**
**- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La possibilité d'un transfert du numéro 1733 vers la Santé publique" (56017782C)**
**- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les centrales d'urgence et de soins" (56017794C)**

50.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, bij het herlezen van mijn vraag merk ik dat ze intussen een beetje achterhaald is. Ik heb immers ondertussen in de pers gelezen dat een aantal beslissingen werd genomen met betrekking tot de overheveling van 1733 naar de FOD Volksgezondheid.

Mijnheer de minister, kunt u toch nog eens een stand van zaken geven? Hoe ziet u een betere werking van 1733 haalbaar worden? Ik weet dat dit een probleem is dat al jaren aansleept en dat vooral de personeelsbezetting problematisch is. Hoe denkt u dat knelpunt op te lossen? Op welke termijn kan een betere werking worden gegarandeerd?

50.02 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, de recente hittegolf heeft de structurele kwetsbaarheid van onze nood- en zorgcentrales nog maar eens blootgelegd. We weten het ondertussen allemaal, het is ook in de media geweest. De wachttijden bij 112 liepen uitzonderlijk op tot 10 minuten en bij het triagenummer 1733, voor de doorverwijzing naar de huisartsenwachtposten, bedroegen de wachttijden zelfs tot 25 minuten. Dat is niet van deze tijd. Dat is onaanvaardbaar. Het zorgt bovendien voor een onhoudbare druk en enorme frustratie bij onze huisartsen. U zult dat ongetwijfeld ook gemerkt hebben.

De huisartsenwachtpost van de Druivenstreek heeft nu beslist om oproepen zelf te behandelen. Die wachtpost heeft zich losgekoppeld van 1733, om de eigen werking te beschermen. U gaf aan dat de FOD Volksgezondheid de regie over het nummer 1733 opnieuw zelf in handen wilt nemen. U wilt het dus terug overhevelen van Binnenlandse Zaken naar de FOD Volksgezondheid.

U zei dat de piste wordt onderzocht om oproepen naar 1733 tijdens piekmomenten automatisch door te schakelen naar de lokale huisartsenwachtposten, zoals de Druivenstreek nu in gang zal zetten. Hoever staat u met de praktische en technische uitwerking van dit doorschakelsysteem? Kan dat snel operationeel zijn, ook om zo de zomerdruk op te vangen?

De huisartsenwachtposten die deze oproepen rechtstreeks zullen ontvangen, krijgen meer werk. Zij zullen daarvoor extra personeel moeten inzetten. Dat leidt dus tot bijkomende werklast en extra kosten. Op welke manier en via welke modaliteiten zal de federale overheid eventueel tussenkomen in die extra kosten van de wachtposten?

Dan heb ik nog een structurele vraag. Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot de gesprekken met de minister van Binnenlandse Zaken, de heer Quintin, over de overdracht van 1733? Welke van de drie scenario's wordt de structurele oplossing, als dat al bekend is: integratie in de wachtposten, waarvoor nu tijdelijke projecten op het terrein zijn gegroeid, een zorgcentrale of een aparte centrale binnen de FOD Volksgezondheid?

Kunt u al zeggen of er een voorkeur bestaat en of die voorkeur al wordt meegenomen in het overleg met de huisartsensector dat wordt opgestart?

50.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u wel, dat zijn belangrijke vragen over 1733.

Ik ga voorzichtig zijn in mijn antwoorden, omdat we wat de langetermijnoplossing betreft nog geen enkele beslissing hebben genomen. Over de heel korte termijn – wat doen we bij een volgende hittegolf en wat doen we vandaag –zijn we intensief in overleg met de huisartsen. Ik wil dan ook niet vooruitlopen op beslissingen terwijl dat overleg nog loopt.

Sta mij toe eerst even de achtergrond te schetsen. Het nummer 1733 is ondergebracht in dezelfde centrale als de 112. Dat is een beslissing van lang geleden, maar dat werkt niet goed. Vanuit Volksgezondheid financieren we de 1733 via een overdracht van miljoenen euro's per jaar aan de

FOD Binnenlandse Zaken. We hebben die financiering ook versterkt.

Die versterking is echter niet gevolgd door een evenredige uitbreiding van de personeelscapaciteit om de 1733 te ondersteunen en wij hebben sterk de indruk dat dat geld deels is gebruikt om de bestaande noden van de 112 te financieren. Ook de 112 zelf kampt immers met grote problemen op het vlak van personeelsbezetting en rekrutering, waarmee Binnenlandse Zaken worstelt.

Structureel is er dus echt een capaciteitsprobleem, zowel voor de 112 als voor de 1733. We hebben al enkele jaren het gevoel dat de 1733 niet echt hoog op de agenda staat bij Binnenlandse Zaken en dat men het belang ervan onvoldoende inschat. Daardoor blijft alles zeer stroef en moeilijk verlopen.

Ondertussen is de 1733 als systeem in toenemende mate uitgerold, zij het nog niet volledig, over de Belgische huisartsenwachtposten, met verschillende modaliteiten. Er zijn regio's waar men, wanneer men de 1733 belt, terechtkomt in een triagesysteem en regio's waar men niet in een triagesysteem terechtkomt, maar gewoon bij de huisartsenwachtpost.

Het systeem werkt dus stroef en moeizaam. Dat is een structureel probleem waarover we al geruime tijd overleg plegen met Binnenlandse Zaken. We zetten druk om tot oplossingen te komen, maar eerlijk gezegd zijn we de voorbije jaren steeds meer teleurgesteld geraakt omdat dat niet lukt.

Dat is op korte termijn, tijdens de hittegolf, heel duidelijk geworden. Jammer genoeg was er tijdens het weekend van de hittegolf geen extra personeel voorzien in de noodcentrale, waardoor zowel de 112 als de 1733 tijdens de piek van de hittegolf op bepaalde momenten zeer problematisch functioneerde. Er waren met name aanzienlijke wachttijden, zowel voor de 112 als voor de 1733.

Ik heb daarover in het verleden al gesproken met mijn collega Quintin. We hadden eerder al afgesproken om elkaar daarover in september te ontmoeten. We hebben al verschillende scenario's besproken. Ik heb ook al eerder gezegd dat ik vrees dat we de 1733 zullen moeten terugnemen bij Volksgezondheid. De uitdrukking 'terugnemen' is eigenlijk niet juist, want de 1733 heeft daar nooit echt gezeten. Ik vrees echter dat we de 1733 onder de verantwoordelijkheid van Volksgezondheid zullen moeten brengen. Daarbij wil ik twee zaken benadrukken, voor alle duidelijkheid.

Ten eerste zal de triage op een consistente manier moeten gebeuren. Zowel bij de 112 als bij de 1733 moet worden gewerkt volgens de Belgische Handleiding voor Medische Regulatie. De gedachte dat er via de 1733 nooit dringende oproepen zouden binnenkomen, is overigens wat vreemd. Men zegt dat soms, maar daar komen ook dringende oproepen binnen. Alle oproepen, zowel bij de 112 als bij de 1733, moeten dus vanuit één coherent kader worden beoordeeld, namelijk de Belgische Handleiding voor Medische Regulatie.

Ook via de 1733 kunnen immers dringende oproepen binnenkomen. Dat is overigens de reden waarom de 1733 destijds werd ondergebracht bij de 112, namelijk om een maximale coherentie te bereiken. Dat systeem werkt echter niet. Daarom herhaal ik vandaag dat we de 1733 misschien zelf binnen Volksgezondheid zullen moeten organiseren. Dan moeten we uiteraard wel die coherentie behouden. We moeten allebei de Belgische Handleiding voor Medische Regulatie toepassen, dezelfde criteria hanteren voor wat dringend is en wat niet en voor wanneer iemand naar een huisarts moet worden verwezen.

Daarvoor zullen we uiteraard ook over voldoende geld moeten beschikken en bovendien zal dat nog heel wat tijd vragen. Ik wil iedereen daar duidelijk voor waarschuwen: mijn collega's in de regering, mijn collega bevoegd voor Binnenlandse Zaken en de mensen op het terrein. Als we beslissen dat Volksgezondheid de organisatie van de 1733 op zich zal nemen, dan zal dat niet van vandaag op morgen geregeld zijn.

Dat zal heel veel tijd vergen, dus er zal een lange overgangsperiode zijn, waarbij Binnenlandse Zaken zijn uiterste best zal moeten doen om, zolang de 1733 daaronder valt, die goed te laten functioneren. Dat gesprek is niet van tafel. Binnenlandse Zaken blijft ook in die overgangsperiode, zelfs al nemen we de 1733 op een bepaald moment over, een heel cruciale verantwoordelijkheid hebben; ik erken alvast dat dat niet eenvoudig is voor Binnenlandse Zaken.

Wat de korte termijn betreft, als we nog eens een piek meemaken zoals tijdens de vorige hittegolf, is het inderdaad beter dat de 1733-oproepen worden losgekoppeld uit de triage die in 112-noodcentrale gebeurt, zodat wie de 1733 belt, rechtstreeks terechtkomt bij de huisartsenwachtpost. Dat is, als ik het goed heb begrepen, wat men ook in de Druivenstreek zegt. De vraag is of men die werkwijze als heel uitzonderlijk moet beschouwen, bijvoorbeeld tijdens een hittegolf, werkwijze

waarvan ik overtuigd ben dat we die moeten hanteren, want anders worden we geconfronteerd met dezelfde problemen als vorige week, dan wel of we die werkwijze permanent maken, waarvoor er kennelijk een vraag is. Wat dat betreft, ik weet niet goed of dat laatste verstandig is en of men dat zomaar kan beslissen.

Er is hier dus nog heel wat denkwerk, investeringen en overleg met en verantwoordelijkheidszin bij Binnenlandse Zaken nodig, vooraleer we definitieve oriëntaties kunnen nemen. Het probleem sleept al geruime tijd aan en ik denk dat we dat op lange termijn niet opgelost krijgen bij Binnenlandse Zaken. Tussen de goede oplossing op lange termijn en vandaag zal er een lange overgangsperiode nodig zijn, met nog een belangrijke verantwoordelijkheid voor Binnenlandse Zaken.

50.04 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik denk daar zelf ook nog over na, aangezien het inderdaad niet evident is om beide zaken van elkaar los te koppelen. Net de triage moet de zorg immers in de juiste richting sturen. Tijdens het telefoongesprek moet beslist worden of de patiënt naar de huisarts of de spoedgevallendienst gestuurd moet worden, of dat er een ziekenwagen of MUG moet worden gestuurd. Op het eerste gezicht lijkt het me daarom niet logisch om beide van elkaar los te koppelen. Op korte termijn lijkt een andere werkwijze niet mogelijk. Het dossier zal wellicht nog in het Parlement aan de orde worden gebracht om erover van gedachten te wisselen. Ik zal er ondertussen zelf ook verder over nadenken, want ik weet niet goed wat de beste oplossing is. De triage lijkt me alleszins belangrijk om zowel de spoed niet te overspoelen als de huisartsen niet te overbevragen. Als we daarvoor een goede oplossing kunnen vinden, zijn we al een heel eind opgeschoten.

50.05 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, na de moeilijke uitrol de voorbije jaren van 1733 over het land, waarbij dat niet in alle provincies of zorgregio's op dezelfde manier en met dezelfde snelheid gebeurde – herinner u situaties waarbij oproepen doorgeschakeld werden en mensen in Brugge door Leuven moesten worden geholpen -, is het belangrijk dat er duidelijkheid komt en perspectief bieden aan de huisartsen en de huisartswachtposten, die instaan voor de niet-dringende, niet-planbare zorg. Er worden vandaag veel huisartswachtposten opgericht en dat is een goede zaak om de permanentie te verzekeren. Zij moeten echter het vertrouwen hebben dat het triagesysteem zal werken. 1733 heeft immers niet altijd goed gefunctioneerd en dat is nog zacht uitgedrukt, zoals de voorbije periode heeft aangetoond.

Dat daar veel overleg voor nodig is, staat buiten kijf. We moeten dat systeem samen met de huisartsen uitbouwen, zodat we tot een regeling kunnen komen die voor het hele land, of toch grotendeels, gelijk is. Daarbij zal ook een overgangsperiode met de diensten van Binnenlandse Zaken noodzakelijk zijn. Het ergste wat ons kan overkomen, is dat het systeem plots niet meer werkt. Dan zijn we nog veel verder van huis.

De doorschakeling naar huisartswachtposten op piekmomenten is mijns inziens slechts een tijdelijke noodoplossing. Tijdens de overgangsperiode moet 1733 bij de noodcentrales kunnen blijven functioneren en daar zijn opdracht blijven vervullen. Nood breekt echter wet en soms zullen we die oplossing moeten toepassen. In dat geval moeten we onze huisartswachtposten ook ondersteunen om die bijkomende taak op te vangen. Ik hoop dat in het lopende overleg aan beide kanten op een constructieve manier wordt nagedacht over de vraag hoe we de niet-planbare, dringende zorg zo goed mogelijk kunnen organiseren, ook tijdens de avond- en weekenduren. Daarover gaat het uiteindelijk in hoofdzaak.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 20.01 uur.*
*La réunion publique de commission est levée à 20 h 01.*

## *Schriftelijk behandelde mondelinge vragen*
## *Questions orales traitées par écrit*

*De antwoorden werden door de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding bezorgd.*
*Les réponses ont été fournies par le vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères, des Affaires européennes et de la Coopération au développement.*

***51 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les magasins de stations-services ou débits de boissons déguisés" (56016382C)***
***51 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Tankstationshops die verkapte drankwinkels zijn" (56016382C)***

*Monsieur le Ministre,*

*De plus en plus de citoyens constatent que certains magasins attenants aux stations-service en Belgique se transforment progressivement en de véritables débits de boissons, vendant une large gamme d'alcools, parfois jusque tard dans la nuit, profitant des horaires d'ouverture tardifs ou nocturnes de la station-service en question.*

*Ces pratiques suscitent des inquiétudes pour plusieurs raisons. Premièrement, elles permettent à ces établissements d'échapper aux règles contraignantes et limitations applicables aux débits de boissons traditionnels (horaires, contrôles, licences). Ensuite, ces pratiques créent une concurrence déloyale à l'égard du secteur HORECA et des commerces spécialisés, soumis à une réglementation plus stricte.*

*Mais ce qui m'interpelle le plus, surtout en cette période estivale et d'approche des vacances, c'est que ces pratiques soulèvent des questions de santé publique, notamment quant à l'accessibilité accrue de l'alcool en dehors des circuits encadrés.*

*Monsieur le Ministre, pourriez-vous m'indiquer :*

1. *Si vos services ont déjà constaté cette évolution et si des statistiques existent concernant la vente d'alcool dans les magasins de stations-service ?*
2. *Vous avez fait adopter la loi du 21 mars 2024 modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits. Quels sont, 2 ans plus tard, les avancées et bénéfices constatés ?*
3. *Quelles autres mesures le gouvernement envisage afin de garantir un cadre équitable et respectueux des règles de santé publique et éviter que ces magasins ne deviennent des « débits de boissons déguisés » ?*

*Je vous remercie pour vos réponses et éclaircissements.*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

1. *Mes services n'ont pas encore constaté cette évolution et ne disposent pas de données permettant de corroborer celle-ci.*

2. *La loi du 24 janvier 1977, en application de la stratégie interfédérale relative à l'usage nocif d'alcool, a instauré l'interdiction de vendre de l'alcool dans les stations-service situées le long des autoroutes entre 22 heures et 9 heures du matin, à l'exception de la consommation sur place dans les restaurants routiers. Les contrôles effectués par le service Inspection montrent que cette interdiction est strictement respectée.*
   *Personnellement, je considère que cette interdiction est encore trop restrictive. Pour des raisons de santé publique et de sécurité, il ne devrait pas être autorisé d'acheter de l'alcool dans aucune station-service, qu'elle soit située sur une autoroute ou non. À l'époque de l'élaboration de la stratégie interfédérale relative à la consommation nocive d'alcool, aucun accord politique n'a pu être trouvé à ce sujet.*

3. *Ni l'extension de l'interdiction de vente dans toutes les stations-service, ni d'autres mesures à cet égard ne figurent dans l'accord de gouvernement.*

***52 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie croissante de médecins généralistes dans le Hainaut" (56016385C)***

***52 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het groeiende tekort aan huisartsen in Henegouwen" (56016385C)***

*La Nouvelle Gazette, édition de Charleroi, du 20 mai 2026, aborde une situation interpellante en Hainaut concernant la pénurie croissante de médecins généralistes dans de nombreuses communes de la province.*

*L'article met en évidence une réalité contrastée : si le nombre global de médecins généralistes actifs en Hainaut a augmenté de 12 % entre 2016 et 2024, cette progression masque une diminution de la capacité réelle de prise en charge, en équivalents temps plein, ainsi qu'un vieillissement préoccupant du corps médical. Ainsi, près de 23 % des médecins généralistes hennuyers ont aujourd'hui 65 ans ou plus, soit la proportion la plus élevée de Wallonie.*

*Selon les données de l'AViQ relayées par la presse, 33 communes hennuyères restent actuellement en situation de pénurie médicale. Certaines entités, comme Fleurus, Quaregnon, Lessines, Leuze-en-Hainaut ou encore Manage, présentent des déficits particulièrement importants en médecins généralistes.*

*Cette situation inquiète fortement les autorités locales, les professionnels de la santé ainsi que les citoyens, qui rencontrent de plus en plus de difficultés pour trouver un médecin traitant ou obtenir un rendez-vous dans des délais raisonnables. Les bourgmestres concernés sont souvent en première ligne face à cette problématique qui touche directement l'accès aux soins de proximité.*

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

1. *Votre administration entretient-elle un dialogue structurel avec les bourgmestres et les autorités communales confrontés à une pénurie de médecins généralistes ?*
2. *Disposez-vous d'une cartographie actualisée des zones critiques et des projections concernant les futurs départs à la retraite dans les prochaines années ?*
3. *Quelles mesures spécifiques le Gouvernement fédéral entend-il mettre en œuvre afin d'éviter une aggravation de la désertification médicale dans certaines communes hennuyères et rurales ?*
4. *Une concertation est-elle en cours avec les entités fédérées afin de coordonner davantage les politiques d'attractivité médicale et les réponses territoriales ?*
5. *Les mécanismes d'incitants existants à destination des jeunes médecins généralistes – notamment pour les installations dans les zones en pénurie – feront-ils prochainement l'objet d'un renforcement ou d'une adaptation ?*
6. *Le Gouvernement envisage-t-il des mesures complémentaires visant à faciliter l'installation durable de jeunes praticiens dans les territoires les plus fragilisés, notamment en matière de charges administratives, de soutien logistique, de maisons médicales ou d'organisation collective des soins ?*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

*La situation observée dans le Hainaut illustre des déséquilibres territoriaux connus en matière d'offre de médecins généralistes. Les données indiquent une densité inférieure à la moyenne nationale (10,4 contre 11,6 pour 10.000 habitants au 31 décembre 2023), confirmant une sous-offre relative.*

*La Commission de planification – Offre médicale ne fixe pas de seuil de pénurie, mais fournit des analyses détaillées par région et province, mises à disposition des entités fédérées et des acteurs locaux. Elle suit également l'évolution à long terme entre l'offre et les besoins, en tenant compte notamment du vieillissement et de la diminution du temps de travail des médecins. Les entités fédérées participent pleinement à ces travaux.*

*Les recommandations récentes privilégient le renforcement de la médecine générale et l'accessibilité aux soins de première ligne. Les quotas sont définis au niveau fédéral par communauté, tandis que les communautés déterminent les sous-quotas. Leur impact est différé, en raison de la durée des études médicales.*

*Impluseo, mesures soutenant l'installation des médecins généralistes relève des compétences des entités fédérées.*

*Par ailleurs, l'INAMI a pris diverses mesures qui permettent de valoriser la médecine générale : éléments à lister.*

*1° Les incitants INAMI récemment introduits pour les médecins généralistes en formation dans les zones en pénurie sont suivis. Leur évolution dépendra des résultats observés.*

*2° Les médecins généralistes travaillant avec du personnel infirmier peuvent obtenir une intervention pour les coûts liés à la continuité des soins et la gestion de la pratique*

*3° Création du New deal, un nouveau modèle de financement, centré sur la durabilité, un meilleur soutien aux pratiques et une délégation efficace des tâches*

***53 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'exposition itinérante dédiée à la psychiatrie organisée par l'Église de Scientology" (56016394C)***
***53 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De reizende tentoonstelling van de Scientologykerk over de psychiatrie" (56016394C)***

*Monsieur le Ministre,*

*Dans les prochaines semaines, La Citizens Commission on Human Rights (CCHR), organisme émanant directement de l'Église de Scientologie, organisera une exposition itinérante – d'abord à Bruxelles, ensuite à Anvers – pour dénoncer les soi-disant dangers de la psychiatrie.*

*La CCHR n'y va pas de main morte. Elle assimile la psychiatrie à une « industrie de la mort » dotée d'un « agenda caché » et de « thérapies de torture ayant causé des millions de morts ».*

*L'organisation d'un tel événement scandalise l'Association belge de psychiatrie (BAP) ainsi que l'Association européenne de psychiatrie. Pour rappel, selon un rapport du KCE publié en avril dernier, le public peine déjà à accéder aux soins psychiatriques en raison du coût et des délais d'attente.*

*Monsieur le Ministre,*

- *Quel est votre retour quant à l'organisation dans notre pays d'un tel événement accentuant la désinformation sanitaire ?*
- *Avez-vous eu des contacts avec les organisations représentatives en santé mentale, comme l'Association belge de psychiatrie, au sujet de la propagande diffusée par des organismes proches de la Scientologie et leur influence sur leur travail ?*
- *Comment contrer de telles campagnes de propagande selon vous ?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

***Antwoord - Réponse:***

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

***54 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De difterie-uitbraak" (56016465C)***
***54 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le foyer de diphtérie" (56016465C)***

*Geachte minister,*

*Tussen januari en april van dit jaar werden vijf dak- en thuisloze personen in de omgeving van het Brussel-Zuidstation getroffen door difterie. Dankzij het ingrijpen van Dokters van de Wereld, samen met verschillende lokale armoedeorganisaties, werden sinds 18 april in totaal 84 difterievaccins toegediend.*

*Dokters van de Wereld klaagt echter aan dat de aanpak, inclusief de vaccinatiecampagne, zeer laat op gang kwam. Volgens de organisatie is deze casus opnieuw een voorbeeld van hoe mensen aan de rand van de samenleving systematisch over het hoofd worden gezien bij preventie- en gezondheidsacties, en hoe bij de uitvoering van zulke campagnes onvoldoende rekening wordt gehouden met de specifieke noden van kwetsbare groepen.*

*Daarom heb ik de volgende vragen:*

- *Hoe evalueert u de aanpak van gezondheidscrisissen bij deze kwetsbare doelgroep, meer bepaald de aanpak van de recente difterie-uitbraak?*
- *Deze difterie-uitbraak is al de tweede gezondheidscrisis op korte tijd binnen dezelfde kwetsbare doelgroep. Omdat u eerder enkele vragen onbeantwoord liet (cf. 56014683C), stel ik ze nu opnieuw:*

*hoe zult u binnen uw bevoegdheid als minister bevoegd voor Armoedebestrijding inzetten op het beter bereiken van kwetsbare groepen? Plant u bijkomende preventieve maatregelen?*

- *In uw antwoord op mijn eerdere vraag over de tuberculose-uitbraak bij dezelfde doelgroep gaf u wél aan te zullen nadenken over de "administratieve complexiteit" van de zorgaanpak en over manieren om die te vereenvoudigen. Wat is hiervan ondertussen de stand van zaken? Welke concrete stappen worden voorbereid en wanneer mogen we die verwachten?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte heer volksvertegenwoordiger,*

*De mobilisatie van het terrein heeft tot tastbare resultaten geleid door de uitrol van een gerichte vaccinatiecampagne en door de nauwe samenwerking tussen het Sint-Pietersziekenhuis, Bruss'help, Dokters van de Wereld, een tiental lokale armoedeorganisaties enVivalis.*

*Ondanks bepaalde berichtgeving in de pers, kon de respons binnen een relatief korte termijn worden georganiseerd, mede op basis van het signaal dat in maart vanuit het werkveld werd gegeven. Tussen 29 januari en 17 februari 2026 werden drie gevallen van difterie vastgesteld binnen de dak- en thuislozenpopulatie. Het Sint-Pietersziekenhuis heeft de betrokken patiënten opgevangen, een epidemiologisch verband vastgesteld tussen de gevallen en heeft Vivalis in kennis gesteld als bevoegde regionale autoriteit. De vaccinatiecampagne werd op 20 april opgestart en op 27 mei waren 106 personen gevaccineerd. De campagne wordt nu voortgezet en geleidelijk uitgebreid naar andere districten in de regio.*

*Het bereiken van deze doelgroep is niet eenvoudig: het vergt tijd, nabijheid en een duurzaam opgebouwd vertrouwenskader. De vaccinatiecampagne was slechts mogelijk doordat reeds vooraf vertrouwde contactpunten en ontmoetingsplaatsen waren uitgebouwd van waaruit deze personen effectief konden worden benaderd. Daarbij blijkt dat de bereidheid tot vaccinatie reëel is, in het bijzonder wanneer het aanbod kosteloos en laagdrempelig wordt georganiseerd.*

*Breder zal in 2026 een Witboek 2.0 rond toegankelijke gezondheidszorg worden aangenomen. We versterken daarmee de 0,5de lijn die het meest precaire doelpubliek op het terrein opzoekt en naar de eerste lijn van de reguliere zorg begeleidt. Gezondheidsgeletterdheid wordt daarnaast versterkt door de continue investering in community health workers, interculturele bemiddeling en ervaringsdeskundigen.*

*Kortom, het succes van deze noodinterventie is te danken aan de structurele aanwezigheid en inzet van actoren die dagelijks en toegewijd met deze doelgroepen werken. Die inzet wil ik benadrukken en verdient erkenning.*

***55 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle op zonnecrème" (56016467C)***
***55 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle des crèmes solaires" (56016467C)***

*Geachte minister,*

*De zon schijnt opnieuw volop, en dus luidt het advies: smeren maar! Er blijkt echter zeer veel keuze te zijn aan verschillende soorten zonnecrème: de beschermingsfactor enerzijds, maar ook minerale of chemische filters. Gezien de veelheid aan producten, en gezien niet elk product voldoende bescherming biedt, is een onafhankelijke en robuuste controle essentieel.*

*Over die controle is opnieuw onzekerheid ontstaan na een vonnis van de Nederlandstalige Ondernemingsrechtbank van Brussel, ten nadele van Testaankoop. De rechtbank oordeelde dat Testaankoop zijn conclusies over de veiligheid van verschillende producten zonnecrème baseerde op een "methodologisch kwetsbare" testbasis. Testaankoop stelt nochtans dat de testen werden uitgevoerd volgens de geldende ISO-normen en gevalideerd werden door de FOD Volksgezondheid.*
*Het probleem ten gronde ligt bij de bestaande testmethodes, die te sterk ontwikkeld zouden zijn op maat van chemische zonnefilters en minerale filters daardoor onvoldoende correct zouden beoordelen. Dat is relevant, aangezien minerale zonnefilters aan belang winnen, onder meer omwille van hun gunstigere milieu- en gezondheidsimpact.*

*Ik heb de volgende vragen:*

- *Mijn voormalige collega Barbara Creemers ondervroeg u in 2023 over gelijkaardige casussen. U gaf toen in uw antwoord ook al aan dat er mogelijks sprake was van methodologisch kwetsbare testbases. U stelde toen dat een externe consultant zou analyseren waarom de testresultaten van Testaankoop afweken van die van producenten van minerale zonnecrèmes. U gaf ook aan dat de Europese Commissie een werkgroep wilde oprichten om de problemen met zonnecrèmes te onderzoeken, waaronder de vraag of de geldende normen, gebaseerd op mogelijk niet-gecorreleerde in-vivomethodes, wel geschikt zijn voor minerale filters. Wat is de stand van zaken van beide onderzoeken?*
- *In datzelfde antwoord stelde u dat het gebruik van octocryleen en homosalaat, stoffen die voorkomen in chemische zonnefilters, op Europees niveau opnieuw zou worden beoordeeld. Wat is hiervan de stand van zaken?*
- *Acht u het aangewezen dat de FOD volksgezondheid de gehanteerde testmethodes herbekijkt?*

***Antwoord - Réponse:***

*Het Geachte Lid vindt hieronder het antwoord op zijn vragen.*

*1. Er werd vastgesteld dat verschillen in testresultaten tussen verschillende actoren (producenten, consumentenorganisaties, laboratoria) kunnen voortkomen uit de inherente variabiliteit van de gebruikte analysemethodes. Deze zijn in belangrijke mate gebaseerd op in vivo-testen volgens ISO-normen die, ondanks hun standaardisatie, een zekere spreiding in resultaten vertonen.*

*In dat kader werd in 2022/2023 inderdaad een analyse uitgevoerd door een externe expert om de mogelijke oorzaken van deze verschillen in analyseresultaten beter te begrijpen. Dit gebeurde in het kader van een specifiek dossier. Deze analyse gaf echter geen verklaring voor de inconsistenties in de resultaten. Ook op dat moment werd geen enkele fout vastgesteld in de ontvangen testrapporten, noch in het rapport van Test-Aankoop, noch in dat van het betrokken bedrijf.*

*Eind 2024 werden er nieuwe ISO-methoden (ISO 23698 en 23675) gepubliceerd om de SPF-waarde van zonnecrèmes te kunnen meten. In tegenstelling tot de eerdere in vivo en meer invasieve methoden, bestaan de nieuwe methoden uit een volledig in vitro-methode en een hybride methode. Deze methoden lijken minder last te hebben van problemen met de variabiliteit van de resultaten. Maar in overeenstemming met de Aanbeveling inzake zonnebeschermingsproducten uit 2006 blijft de in vivo ISO-methode (ISO 24444) echter de „gouden standaard".*

*Parallel hieraan werd op Europees niveau effectief werk gemaakt van deze problematiek. Zo werd binnen de Europese Commissie een werkgroep opgestart om de Aanbeveling inzake zonnebeschermingsproducten te herzien en specifiek de testmethodes te evalueren.*

*Experten van de FOD Volksgezondheid nemen actief deel aan deze werkzaamheden, onder meer via deelname aan de Europese subgroep waar de geschiktheid van bestaande normen en mogelijke verbeteringen worden besproken. Deze werkzaamheden zijn nog lopende. De evaluatie van de testmethoden vormen hierbij een belangrijk aandachtspunt.*

*2. In het kader van haar strategie inzake hormoonverstorende stoffen heeft de Europese Commissie een veiligheidsbeoordeling laten uitvoeren door het Scientific Committee on Consumer Safety (SCCS). Op basis van hun bevindingen werd de cosmeticaverordening gewijzigd door homosalaat te beperken tot 7,34% in gezichtsproducten, met uitzondering van producten in spuitbussen. Producten die niet aan deze normen voldoen, zijn sinds 1 juli 2025 verboden. Voor octocryleen zijn producten in spuitbussen toegestaan tot 9% en andere producten tot 10% als UV-filter. Producten die niet aan deze normen voldoen, zijn sinds 28 juli 2023 verboden.*

*3. De gebruikte methodes voor de bepaling van de doeltreffendheid van zonnebeschermingsproducten zijn op Europees niveau geharmoniseerd. De Aanbeveling inzake zonnebeschermingsproducten verwijst daarbij naar gestandaardiseerde testmethodes, die nadien verder werden ontwikkeld en geharmoniseerd in ISO-normen, waaronder met name ISO 24444 voor de bepaling van de SPF (UVB-bescherming), die in de praktijk als referentiemethode wordt gehanteerd. Tegelijk voorziet de aanbeveling dat alternatieve, geharmoniseerde methodes, met name op basis*

*van in vitro benaderingen, verder moeten worden ontwikkeld en toegepast zodra zij voldoende gevalideerd zijn. Dit is inmiddels ook effectief het geval, met de recente ontwikkeling van nieuwe ISO-methodes die toepasbaar zijn op zowel producten op basis van organische als minerale zonnefilters, en vormt een van de redenen waarom de Aanbeveling momenteel op Europees niveau wordt herzien.*

*Wat wel essentieel blijft, is dat deze methodes op Europees niveau voortdurend worden geëvalueerd en, waar nodig, aangepast in het licht van wetenschappelijke en technologische ontwikkelingen, onder meer met betrekking tot nieuwe types zonnefilters zoals minerale filters. In die zin neemt België actief deel aan deze werkzaamheden binnen de Europese werkgroepen.*

***56 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hartimplantaten van Biotronik" (56016474C)***
***56 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les implants cardiaques de Biotronik" (56016474C)***

*Patiënten met een implanteerbare defibrillator van Biotronik beschrijven de schokken die zij krijgen alsof “een bom ontploft in hun borstkas".*

*Het gaat hier niet over een klein technisch defect, maar over mensen die afhankelijk zijn van levensreddende technologie en plots in angst leven voor hun eigen implantaat. Dat heeft niet alleen fysieke gevolgen, maar ook een enorme psychologische impact op patiënten en hun omgeving.*

*Wat bovendien bijzonder verontrustend is, is dat er blijkbaar geen volledig en centraal overzicht bestaat van hoeveel Belgische patiënten dit specifieke implantaat dragen, hoeveel incidenten zich hebben voorgedaan en hoe patiënten worden opgevolgd wanneer er veiligheidsproblemen opduiken.*

1. *Sinds wanneer waren het FAGG, het RIZIV en de bevoegde overheden op de hoogte van mogelijke problemen met deze implantaten?*
2. *Hoeveel meldingen van foutieve of onnodige schokken werden in België geregistreerd?*
3. *Over hoeveel Belgische patiënten gaat het mogelijk? Heeft de overheid daar vandaag een exact zicht op?*
4. *Werden betrokken patiënten proactief geïnformeerd en opgevolgd, of hebben sommigen deze informatie pas via de media vernomen?*
5. *Hoe verloopt vandaag de registratie en traceerbaarheid van hoogrisico-implantaten in België? Acht u dat systeem voldoende performant om snel in te grijpen wanneer veiligheidsproblemen opduiken?*
6. *Zal u bekijken hoe de registratie, opvolging en communicatie rond medische implantaten versterkt kunnen worden zodat patiënten sneller beschermd en geïnformeerd worden?*
7. *En vooral, minister: vindt u het aanvaardbaar dat de overheid vandaag geen volledig en onmiddellijk overzicht lijkt te hebben van risicovolle hartimplantaten en de patiënten die ermee rondlopen?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte volksvertegenwoordiger,*

*De symptomen waarover gesproken wordt in de vraag zijn inherent aan cardiale leads (Dit zjn geleidingsdraden die een pacemaker of implanteerbare cardioverter-defibrillator (ICD) verbinden met de hartspier). De eerste incidenten voor de Linox leads werden gemeld in 2006 aan de FOD Volksgezondheid en daarna aan het FAGG.*

*Over een periode van 2006 tot 2026 werden in totaal 201 incidenten gemeld aan het FAGG die voornamelijk betrekking hadden op dislodgement (= het loskomen) en oversensing (met en zonder inappropriate shock). Het FAGG laat mij weten dat deze meldingen inherent zijn aan het gebruik van cardiale leads en duidelijk beschreven zijn in de documentatie van deze hulpmiddelen. Ze wijzen daarom niet noodzakelijk op een ontwerp- of productieprobleem.*

*Elke melding wordt individueel geëvalueerd om het bijbehorende risico te beoordelen. Daarnaast wordt bij elke nieuwe melding een trendanalyse uitgevoerd op alle ontvangen notificaties om het globale risico van het hulpmiddel te evalueren in het licht van de vastgestelde problemen. Indien uit deze analyses onaanvaardbare risico’s worden vastgesteld, neemt het FAGG in het kader van de vigilantie steeds de nodige maatregelen, al dan niet in samenwerking met de fabrikant. De betreffende*

*hulpmiddelen worden sinds 2019 niet langer in de handel worden gebracht. Het FAGG kan wel nog steeds meldingen ontvangen voor reeds geïmplanteerde patiënten en volgt de risico-batenverhouding voor deze patiëntengroep op.*

*Het centraal traceerbaarheidsregister centraliseert meldingen voor bepaalde categorieën implantaten, waaronder de cardiale implantaten. Dit register maakt een snelle identificiatie van patiënten mogelijk. Slechts de implantaten die sedert 1 mei 2021 zijn geïmplanteerd, waren het voorwerp van een verplichte registratie. De betrokken hulpmiddelen die vóór die datum geïmplanteerd zijn, zijn niet geregistreerd. Zoals ik reeds heb gesteld worden de implantaten ook sedert 2019 niet meer op de markt gebracht.*

*Tenlotte, wil ik ook wijzen op de verantwoordelijkheid van de chrirurg om voorafgaand aan de implantatie de patiënt te informeren over de risico's en mogelijke ongewenste effecten van het hulpmiddel. De opvolging van patiënten, in functie van hun medische voorgeschiedenis en risico, behoort eveneens tot zijn verantwoordelijkheid.*

***57 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De P-waarden in de tandheelkunde" (56016475C)***
***57 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les valeurs P en dentisterie" (56016475C)***

*Geachte minister,*

*België heeft een nijpend tekort aan tandartsen. Zo blijkt uit cijfers van de VBT dat het aantal tandartsen per inwoner al jaren in dalende lijn is. Om dit tekort enigszins te kunnen opvangen verhoogt de Vlaamse regering alvast volgend academiejaar de quota voor het aantal studenten dat aan de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde kan beginnen.*

*Tegelijk horen we uit het werkveld ook dat er jaarlijks meerdere tandartsen bewust één of meerdere dagen per week in het buitenland zouden werken; dit om hun Belgische P-waardes onder bepaalde grenzen te houden.*

*Dit heeft het VBT uw kabinet ook zo meegedeeld in een brief van 17 mei.*

*Ik heb de volgende vragen:*

- *Klopt het aanvoelen dat er belgische tandartsen naar het buiteland gaan om de geldende maximum p-waardes te omzeilen?*
- *Klopt het dat tandartsen die stagiairs begeleiden veel sneller aan hun p-waardes zitten omdat bepaald tandheelkundige ingrepen ook onder hun riziv nummer gebeuren? Indien ja, welk effect heeft dit op het aanbieden van het aantal stageplaatsen? Ziet u alternatieve oplossingen voor het inschakelen van stagiairs zonder RIZIV nummer op de werkvloer?*
- *Op de website van het RIZIV lees ik dat tandartsen de maximale P-waardes "enkel" zouden kunnen halen "als ze aan zorgkwaliteit inboeten of de nomenclatuurregels niet respecteren". Zijn er dus geen andere mogelijkheden voor het behalen van de maximale waardes? Zo niet, hoe verantwoordt u dit?*
- *Tot slot, is het systeem van P-waardes nog aangepast aan de noden van vandaag? Zo niet, welke wijzigingen stelt u voor? Zit er bijvoorbeeld in de hervorming van de nomenclatuur ook een aanpassing van de p-waardes?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte heer Volksvertegenwoordiger,*

*Het RIZIV beschikt niet over gegevens om uw eerste hypothese te bevestigen.*

*De nomenclatuur bepaalt dat de kandidaat-tandarts de door hem of haar verrichte verstrekkingen in de stagedienst of in de spreekkamer van de stagemeester aanrekent aan de ziekteverzekering, indien voldaan is aan alle hierna omschreven voorwaarden :*

*a) De stagemeester moet fysiek aanwezig zijn in de stagedienst of in de spreekkamer;*
*b) Het RIZIV moet door de administratie van Volksgezondheid op de hoogte zijn gesteld dat een stageplan werd ingediend bij de bevoegde erkenningscommissie;*
*c) De verstrekkingen moeten worden uitgevoerd binnen de diensten en inrichtingen vermeld in het goedgekeurde stageplan en moeten beperkt zijn tot de opleiding vermeld in dit stageplan;*

*De stagiair rekent de verrichte verstrekkingen aan de ziekteverzekering aan door middel van zijn*

*eigen RIZIV-nummer (eindigend op 010, 060 of 070). De p-waarden voor die verstrekkingen worden dus niet toegewezen aan de stagemeester, maar aan het P-waardenprofiel van de stagiair zelf.*

*Slechts een beperkt aantal zorgverleners overschrijdt de P-waarden. Zorgverleners die deze waarden overschrijden, hebben de mogelijkheid om contact op te nemen met de DGEC om een eventuele reden voor de overschrijding toe te lichten via een beroepsprocedure. Deze procedures zijn uiteraard vertrouwelijk. Ik ben dan ook niet op de hoogte van de concrete situatie waarnaar u verwijst.*

*Een eventuele hervorming van de P-waarden is nog niet beslist. De hervorming van de nomenclatuur kan daarop impact hebben. Het is op dit moment nog te vroeg om hier conclusies uit te trekken.*

***58 Question de Patrick Prévot à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "La stigmatisation des travailleurs du sexe" (56016996C)***
***58 Vraag van Patrick Prévot aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "De stigmatisering van sekswerkers" (56016996C)***

*Monsieur le Ministre,*

*Malgré la dépénalisation du travail du sexe adoptée au cours de la précédente législature par la coalition Vivaldi, de nombreux travailleurs et travailleuses du secteur se heurtent encore à de la stigmatisation. C'est ce qu'il ressort d'une étude menée par la Vrije Universiteit Brussel (VUB).*

*Parmi cette stigmatisation, nous retrouvons l'accès aux soins médicaux.*

*Les dizaines de personnes interrogées déclarent être régulièrement confrontées à l'incompréhension et aux préjugés des médecins généralistes ainsi qu'à de longs délais d'attente pour les résultats médicaux.*

*Monsieur le Ministre,*

*Quelles actions comptez-vous entreprendre, en collaboration le Ministre de la Santé, Monsieur Vandenbroucke, afin de mettre fin à la stigmatisation persistante auxquelles font face les travailleuses et travailleurs du sexe, en particulier dans leur accès aux soins de santé ?*

*Je vous remercie.*

***Antwoord - Réponse:***

*Cher Monsieur le Représentant,*

*Il existe des conventions depuis 2012 entre l'INAMI et plusieurs ASBL ayant comme groupe cible les travailleurs du sexe (TDS), femmes, hommes et transgenres. Le but de ces conventions était de fournir un financement afin de mettre en place des centres de dépistages afin de prévenir les IST, prévoir une offre médicale accessible à toutes et tous et établir des ponts entre le travailleur du sexe et le soignant/aidant régulier en cas de problèmes médicaux.*

*Par la suite l'Arrêté ministériel du 7 février 2022 qui fixe le livre de qualité des centres médico-sociaux pour les TDS ainsi que l'Arrêté royal du 9 février 2022 qui fixe les conditions pour qu'un centre médico-social puisse obtenir une intervention de l'assurance obligatoire dans les prestations pour la prise en charge des personnes en précarité, ont été les bases sur lesquels l'INAMI a pu conclure des conventions avec des centres médico-sociaux s'occupant principalement des TDS.*

*A l'heure actuelle 3 ASBL sont concernées par ces conventions :*

- *Violett VZW (à Gand et Anvers),*
- *l'ASBL alias (tourné vers les travailleurs du sexe masculins et trans à Bruxelles)*
- *Espace-P (à Bruxelles).*

*Elles proposent une aide médicale et sociale aux TDS, veillent notamment à ce que chaque travailleur du sexe puisse travailler de manière sûre et protégée et travaillent activement à l'amélioration de la reconnaissance sociale des droits des travailleurs du sexe. Elles travaillent de manière multidisciplinaire et offrent des services médicaux curatifs et préventifs et des services sociaux pour les personnes ayant droit à l'assurance maladie obligatoire mais également pour ceux qui n'y ont pas droit. Ils travaillent de manière anonyme et gratuite afin d'abaisser autant que possible le seuil d'accès à l'offre de services.*

*En 2026 une enveloppe de 869.000EUR est prévue dans le cadre de ces conventions.*

***59 Vraag van Eva Demesmaeker aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De referentiefiches voor artsen" (56017009C)***

***59 Question de Eva Demesmaeker à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les fiches de référence pour les médecins" (56017009C)***

*De referentiefiches geven voor verschillende aandoeningen aan hoe lang iemand gemiddeld arbeidsongeschikt is, of een werkonderbreking noodzakelijk is en hoe men terug kan keren naar het werk.*

*Op zich een nuttig instrument voor de artsen bij de beoordeling van een van de twintig aandoeningen waarvoor een referentiefiche wordt opgesteld.*

*Echter stel ik me toch een aantal vragen:*

*Hoe vermijden we dat deze fiches worden aanzien als meer dan een louter indicatieve tabel, eerder als een vaste norm? Zullen artsen moeten motiveren wanneer ze een arbeidsongeschiktheid vastleggen die afwijkt van de norm (zowel mogelijk in min als in plus)?*
*Zullen deze referentiefiches gebruikt worden in het kader van het screenen van het voorschrijfgedrag van artsen?*

*Zijn er nog meer van deze referentiefiches gepland? Zo ja voor welke aandoeningen?*

*Hoe vaak zal de inhoud van de bestaande referentiefiches worden geactualiseerd?*

*Wat is het einddoel van het gebruik van de referentiefiches? Welke meerwaarde hebben deze fiches? Welk effect wenst u te bekomen naast artsen inlichten?*

*Wanneer zal een evaluatie worden voorzien?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte volksvertegenwoordiger,*

*Hoe vermijden we dat deze fiches worden aanzien als meer dan een louter indicatieve tabel, eerder als een vaste norm? Zullen artsen moeten motiveren wanneer ze een arbeidsongeschiktheid vastleggen die afwijkt van de norm (zowel mogelijk in min als in plus)?*

*De in de fiches vermelde duur wordt uitdrukkelijk voorgesteld als indicatieve referentieduur. De fiches beogen het klinisch redeneren van de arts en de dialoog met de patiënt te ondersteunen. Ze vervangen geenszins de individuele beoordeling door de behandelende arts. De fiches creëren geen enkele verplichting tot bijzondere verantwoording wanneer een arbeidsongeschiktheid korter of langer is dan de voorgestelde referentieduur.*

*Zullen deze referentiefiches gebruikt worden in het kader van het screenen van het voorschrijfgedrag van artsen?*

*Het doel van het project is niet om een controle-instrument voor het gedrag van artsen te creëren. De fiches zijn ontworpen als klinische ondersteuningsinstrumenten die een grotere coherentie in de evaluatie van arbeidsongeschiktheid en een betere begeleiding van de patiënt bevorderen. Ze vormen noch administratieve normen, noch automatische criteria voor de evaluatie van medische praktijken.*

*Zijn er nog meer van deze referentiefiches gepland? Zo ja voor welke aandoeningen?*

*Vandaag bestaan er 29 fiches die de belangrijkste oorzaken van langdurige arbeidsongeschiktheid dekken. Het Nationaal College zal in de toekomst blijven evalueren of verdere uitbreidingen nodig zijn, in functie van de vastgestelde prioriteiten en de evolutie van de wetenschappelijke kennis.*

*Hoe vaak zal de inhoud van de bestaande referentiefiches worden geactualiseerd?*

*De fiches zijn gebaseerd op beschikbare evidence, internationale aanbevelingen en een multidisciplinair validatieproces. Ze zijn bedoeld om periodiek herzien te worden om de evolutie van medische kennis, klinische praktijken en wetenschappelijke gegevens te integreren. Deze actualisering zal gebeuren in het kader van de werkzaamheden van het Nationaal College en in overleg met de betrokken partners.*

*Wat is het einddoel van het gebruik van de referentiefiches? Welke meerwaarde hebben deze fiches? Welk effect wenst u te bekomen naast artsen inlichten?*

*De belangrijkste meerwaarde van het project ligt in het feit dat het verder gaat dan louter de attestering van arbeidsongeschiktheid. Elke fiche combineert essentiële medische informatie, aanbevelingen voor herstel, advies met betrekking tot terugkeer naar het werk, de identificatie van factoren die de arbeidsparticipatie beïnvloeden, evenals indicatieve referentieduren. Het doel is artsen te ondersteunen in een biopsychosociale benadering die het behoud of een duurzame terugkeer naar*

*werk bevordert wanneer dit mogelijk is, met respect voor de individuele situatie van de patiënt.*

*Deze fiches dragen aldus bij tot een betere coherentie van getuigschriften van arbeidsongeschiktheid, versterken de dialoog tussen de arts en zijn patiënt en helpen, voor zover mogelijk, het ontstaan van langdurige arbeidsongeschiktheid te voorkomen.*

*Wanneer zal een evaluatie worden voorzien?*

*Het systeem zal worden opgevolgd en geëvalueerd door het Nationaal College. Deze evaluatie zal onder meer betrekking hebben op het effectieve gebruik van de fiches door de artsen, hun meerwaarde in de klinische praktijk en hun bijdrage tot een betere begeleiding van herstel en terugkeer naar het werk. De resultaten van deze evaluatie zullen, indien nodig, toelaten om het instrument aan te passen en te verbeteren. Er werd trouwens een contactpunt voorzien zodat artsen die de fiches gebruiken hun opmerkingen, commentaren en suggesties tot verbetering kunnen meedelen.*

***60 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le non-remboursement du médicament contre l'obésité Wegovy par l'INAMI" (56017055C)***
***60 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De niet-terugbetaling door het RIZIV van het obesitasgeneesmiddel Wegovy" (56017055C)***

*La presse des 12 et 13 juin dernier a rapporté que l'INAMI a décidé de ne pas rembourser le Wegovy, médicament anti obésité.*
*Le fabricant Novo Nordisk estime que ce non-remboursement « conduit à des inégalités » entre les patients pouvant financer le traitement à leurs frais — environ 300 euros par mois — et ceux qui ne disposent pas des moyens nécessaires. Le Comité de remboursement des médicaments (CRM) de l'INAMI avait rendu un avis négatif préalable à votre décision.*

*Plusieurs pays européens voisins — dont l'Allemagne, le Danemark et la Suède — ont accordé un remboursement conditionnel du Wegovy pour des profils de patients à haut risque cardiovasculaire.*

*Le 23 septembre 2025, en réponse à une précédente question orale sur le sujet du Wegovy, vous m'aviez répondu que l'accord de gouvernement fédéral prévoit en effet la mise en œuvre intégrale des engagements du plan interfédéral et le protocole d'accord du 8 novembre 2023 et que c'est dans ce cadre que le programme destiné aux enfants obèses est actuellement élaboré.*

*L'ambition est, d'une part, de créer un programme interfédéral offrant des soins et un accompagnement aux enfants et aux adolescents souffrant de surpoids et d'obésité et, d'autre part, un plan pour un milieu de vie sain pour les enfants et les jeunes.*

*Vous m'aviez répondu que des discussions exploratoires étaient actuellement en cours concernant la prise en charge de l'obésité chez les adultes, mais elles en sont encore à un stade préliminaire.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° Sur quels critères précis le CRM de l'INAMI a-t-il fondé son avis négatif concernant le remboursement du Wegovy?*

*2° si un remboursement conditionnel ciblé — limité aux patients présentant un IMC supérieur ou égal à 40, ou supérieur ou égal à 35 avec comorbidité cardiovasculaire documentée, sous suivi médical strict et avec réévaluation annuelle a été évalué budgétairement par l'INAMI ?*

*3° quelle sera l'articulation de cette décision avec le plan interfédéral de lutte contre l'obésité, dont vous confirmiez la mise en œuvre en septembre 2025.*

*4° si une procédure de réévaluation est prévue si de nouvelles données épidémiologiques ou médico-économiques sont publiées, et à quel horizon calendrier ?*

***Antwoord - Réponse:***

*Cher Monsieur le Représentant,*

*<u>Question 1</u> :*

*En ce qui concerne spécifiquement le dossier Wegovy, la non inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables est motivée par la CRM par les éléments suivants :*

*Définir la population cible qui devrait avoir un accès prioritaire à Wegovy n'est pas possible dans le paysage actuel des soins de santé en Belgique. La population cible telle que formulée par la firme contient certains éléments pertinents (adolescents via PMOC), mais reste essentiellement alignée sur la structure actuelle des soins spécialisés (limitation aux endocrinologues liés à un centre multidisciplinaire de l'obésité, cardiologues liés à un centre de réadaptation cardiaque), sans par exemple prévoir un scénario d'orientation structuré depuis la première ligne ni une élaboration détaillée de l'intervention sur le mode de vie et des objectifs de soins réalistes à ce niveau. Cela soulève des questions quant à l'utilisation la plus efficiente de Wegovy.*

*De plus, la population potentielle de patients est importante et l'impact budgétaire attendu, si Wegovy était remboursé dès aujourd'hui dans les trois groupes demandés, serait trop élevé et n'est ni souhaitable ni soutenable dans la situation actuelle du budget des médicaments.*

*Par ailleurs, le remboursement nécessite une stratégie et une approche plus développées, tant préventives que curatives, de l'obésité en Belgique (par exemple en partant des soins de première ligne), incluant également des mesures en dehors du système de santé, telles que la régulation dans l'industrie alimentaire (production, marketing et fixation des prix). La CRM constate qu'il n'y a pas encore suffisamment d'avancées dans ces domaines pour proposer une stratégie de remboursement de Wegovy en Belgique et garantir une approche efficace de l'épidémie d'obésité.*

*En France : La Haute Autorité de santé (HAS) attribue une amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau IV (mineure) pour le traitement de l'obésité avec Wegovy*

*Aux Pays-Bas, le Zorginstituut Nederland (ZIN) recommande de ne pas rembourser le sémaglutide (Wegovy).*

*<u>Question 2</u> :*

*La CRM a évalué la demande de la firme et m'a formulé une proposition dans le cadre spécifique de la demande de la firme.*

*Elle comportait une demande de remboursement pour 3 sous-groupes spécifiques :*

1. *Soutien thérapeutique en association avec un plan multidisciplinaire de perte de poids chez les patients répondant à certains critères.*
2. *Soutien thérapeutique en association avec un plan multidisciplinaire de perte de poids chez les patients répondant à certains critères.*
3. *Soutien thérapeutique en association avec un plan multidisciplinaire de perte de poids chez les patients répondant à certains critères.*

*<u>Question 3</u> :*

*L'absence de remboursement de Wegovy ne remet nullement en cause la mise en œuvre du plan interfédéral de lutte contre l'obésité chez les enfants et les jeunes. Ce plan vise une approche globale et cohérente de la promotion de santé, prévention et prise en charge de l'obésité infantile.*

*Dans ce cadre, la décision relative au remboursement de Wegovy s'inscrit dans une logique de cohérence : le remboursement d'un traitement médicamenteux ne peut être envisagé qu'au sein d'un dispositif structuré, garantissant un accompagnement adéquat, des critères d'accès clairs et une utilisation efficiente des ressources publiques.*

*L'articulation entre les deux processus est donc pleinement assurée : le plan interfédéral doit d'abord permettre de structurer l'offre d'accompagnement et de soins dès le plus jeune âge, afin qu'un éventuel remboursement futur puisse s'inscrire dans un cadre organisationnel solide et équitable.*

*<u>Question 4</u> :*

*Comme pour tout médicament soumis à une décision de non-remboursement, la CRM peut réexaminer le dossier si la firme Novo Nordisk resoumet un nouveau dossier de demande de remboursement auprès de la CRM.*

*Une telle réévaluation nécessite toutefois des éléments nouveaux substantiels, notamment : – des données confirmant un bénéfice clinique durable dans des populations clairement définies ; – des informations permettant de mieux circonscrire la population cible dans le contexte belge ; – des données médico-économiques actualisées, incluant l'impact budgétaire réel dans un système de soins structuré.*

*À ce stade, aucun calendrier précis ne peut être fixé, car celui-ci dépendra de la disponibilité de ces nouvelles données.*

*Toutefois, la CRM suit activement l'évolution des preuves scientifiques et pourra réexaminer le dossier dès que les conditions seront réunies.*

***61 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les subsides fédéraux accordés à l'ASBL Belplant" (56017178C)***
***61 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De federale subsidies voor de vzw Belplant" (56017178C)***

*Monsieur le Ministre,*

*Une enquête du magazine Imagine demain le monde révèle que l'ASBL Belplant, représentante de l'industrie des pesticides, a bénéficié entre 2016 et 2024 de plus de 866 000 euros de subsides fédéraux dans le cadre du programme One Health.*

*Comme l'a communiqué ma collègue du Parlement de Wallonie la députée Valérie Dejardin en date du 21 avril dernier, ce concept d'une seule santé est fondamental et largement soutenu par la communauté scientifique. Ces révélations interrogent sur le risque d'instrumentalisation de ce concept par certains acteurs industriels.*

*Le ministre wallon de la Santé Yves Coppieters dit être, je le cite, « tombé de [sa] chaise relativement à la puissance de certains lobbies, mais aussi à des financements publics à des structures qui n'ont pas d'intérêt en matière de protection de l'environnement et encore moins de la santé publique. »*

*En conséquence de quoi, le ministre Coppieters a renvoyé vers votre collègue le ministre David Clarinval pour, je le cite encore, « essayer de comprendre l'origine et pourquoi ce financement a perduré dans le temps ».*

*Interrogé sur la question, le ministre Clarinval m'a communiqué une réponse brève – « Le SPF Économie n'a jamais octroyé de subsides à l'ASBL mentionnée » – et m'a ensuite renvoyé vers vous.*

*Monsieur le Ministre,*

- *Pourquoi l'ASBL BELPLANT a-t-elle bénéficié de subsides fédéraux ? Á quelles fins ?*
- *Comment justifiez-vous que les autorités publiques puissent accorder des subsides fédéraux à un acteur industriel ? D'autres ASBL représentantes de l'industrie des pesticides ont-t-elles bénéficié de subsides fédéraux similaires à ceux octroyés à Belplant sur la même période ?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

*Les entreprises qui mettent des produits phytopharmaceutiques sur le marché paient une contribution légale à l'État. Une partie de cette contribution n'est pas utilisée comme recette générale de l'État, mais est rétrocédée à Belplant/Comeos afin de financer certaines missions définies par la loi. Il ne s'agit donc pas d'une subvention, mais d'une rétrocession.*

*Ces contributions sont gérées par la DG APF du SPF Santé publique. Toutefois, les services qui préparent la politique relative aux produits phytopharmaceutiques relèvent de la compétence de mon collègue, le ministre Clarinval. J'en ai discuté avec le ministre Clarinval, et il pourra vous fournir une réponse à votre question.*

***62 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nieuwe campagne over hormoonverstoorders" (56017239C)***
***62 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nouvelle campagne sur les perturbateurs endocriniens" (56017239C)***

*Geachte minister,*

*In uw antwoord op mijn vraag over het NAPED (cf. 56013889C) stelde u dat er een nieuwe campagne gelanceerd ging worden om blootstelling hormoonverstoorders bij jonge kinderen te voorkomen. Deze campagne is ondertussen gelanceerd.*

*De campagne richt zich op ouders van baby's en jonge kinderen en heeft als doel hen concrete en gemakkelijk toe te passen tips te bieden om de blootstelling aan hormoonverstoorders in het dagelijks leven te verminderen.*

*Met andere woorden, de fabrikanten moeten er niet op letten dat hun producten de gezondheid van kinderen niet schaden, nee, het is aan de individuele ouders om op de hoogte te zijn van welke producten schaden en welke niet en daarnaar te handelen. De omgekeerde wereld. De overheid stelt de ouders verantwoordelijk in plaats van zelf haar verantwoordelijkheid op te nemen. De context is immers ook dat bijvoorbeeld op Vlaams niveau, de minister van landbouw en omgeving er alles aan doet om te morrelen aan de gezondheidsnormen voor drinkwater, en hiervoor zelfs actief lobbyt op EU niveau. Ook op federaal niveau blijkt het zeer moeilijk voor uw collega ministers, David Clarinval en Jean-Luc Crucke om doortastende maatregelen te komen.*

*Vandaar mijn vragen:*

- *Om ouders verantwoordelijkheid te kunnen laten nemen is er net nood aan meer heldere en richtinggevende wetgeving. Voor andere schadelijke polluenten zoals tabak verplicht men de producent om de verpakking daartoe te ontwerpen. Kan en wil u dit ook voor hormoonverstoorders doorvoeren? Onder welke condities zou een verbod mogelijk zijn?*
- *Dat uw collega's niet bewegen of zelfs ronduit het probleem negeren, duidt ook op een probleem van informatie bij beleidsmakers. Welke stappen onderneemt u om uw collega's te informeren?*
- *In mijn vraag over het NAPED heeft u toevallig of niet één vraag ontweken, vandaar dat ik het u nu opnieuw stel: bent u bereid om bij uw collega ministers Beenders, Clarinval en Crucke aan te dringen om strengere wetgeving aan te nemen die onze industrie verplichten gezonde consumptieproducten te ontwikkelen? Gaat u ook ministers op gewestelijk niveau hierop aanspreken?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte volksvertegenwoordiger,*

- *Zoals ik in mijn antwoord op uw eerdere vraag al heb aangegeven, is de regelgeving voor chemische stoffen voortdurend in ontwikkeling en werden er al verschillende risicobeheersmaatregelen genomen met betrekking tot hormoonverstoorders. Bepaalde stoffen, zoals bisfenol A of verschillende ftalaten, zijn al verboden of streng aan banden gelegd in diverse producten, in het bijzonder in producten voor jonge kinderen. De regelgevingsprocessen nemen echter veel tijd in beslag en zijn gebaseerd op wetenschappelijke beoordelingen waarvoor uitvoerige gegevens nodig zijn. Bovendien gaat het doorgaans om een aanpak per stof, wat kan leiden tot betreurenswaardige vervangingen door vergelijkbare stoffen waarvan de risico's minder goed bekend zijn. Ik ben dan ook voorstander van beoordelingen per groep stoffen, voor zover mogelijk, en van het nemen van algemene risicobeheersmaatregelen voor hormoonverstoorders op Europees niveau. Daarvoor zijn nieuwe initiatieven van de Europese Commissie nodig. De aangekondigde herziening van de REACH-verordening inzake chemische stoffen had een belangrijke opportuniteit kunnen zijn, maar de Commissie heeft haar ambities onlangs teruggeschroefd. Zij zal naar verwachting alleen aanpassingen van de bijlagen bij deze verordening voorstellen, zonder maatregelen met betrekking tot een algemeen verbod op hormoonverstoorders. Een aanpassing van de REACH-bijlagen zou het echter mogelijk maken om de testvereisten voor een betere identificatie van hormoonverstoorders aan te scherpen. Daarnaast wordt de verordening betreffende cosmetische producten momenteel geëvalueerd, wat mogelijk ook tot een herziening in de nabije toekomst zou kunnen leiden.*
  *Naast regelgevende maatregelen blijven bewustmakingscampagnes dan ook essentieel om de blootstelling van kwetsbare groepen aan hormoonverstoorders te verminderen. Er werd namelijk aangetoond dat individuele gedragsveranderingen de concentraties van hormoonverstoorders met een korte halveringstijd snel kunnen doen dalen. Dit kan dus een grote invloed hebben, met name tijdens de periode vóór de conceptie.*

- *Uitwisseling met de collega's over dit thema gebeurt geregeld in het kader van de interministeriële conferentie Leefmilieu-Gezondheid (GICLG), uitgebreid tot de minister van Werk voor het NAPED. Zo werd tijdens de vergadering van de uitgebreide GICLG van 22 september*

*2025 een tussentijdse stand van zaken van het NAPED gepresenteerd en werd geconcludeerd dat "de doelstelling om de risico's door hormoonverstoorders te verminderen, maatregelen vereist op verschillende niveaus en op lange termijn, en dat de coördinatie tussen de verschillende betrokken instanties bijdraagt aan het verwezenlijken van dit doel. Deze coördinatie leidde bijvoorbeeld eerder al tot de opname van dezelfde maatregelen voor hormoonverstorende stoffen als voor CMR-stoffen (kankerverwekkend, mutageen en reprotoxisch) in de Codex Welzijn op het Werk. Mijn collega's worden eveneens permanent op de hoogte gehouden via hun administraties die deel uitmaken van de NAPED Task Force en de werkgroep Hormoonverstoorders van de Cel Leefmilieu-Gezondheid.*

- *De evaluatie van het NAPED 2022-2026 is al gestart en zal worden gevolgd door een verkenning van nieuwe maatregelen die vanaf 2027 moeten worden genomen om de schadelijke effecten van hormoonverstoorders tegen te gaan. Deze verkenning zal plaatsvinden in het kader van de uitgebreide GICLG en de Cel Leefmilieu-Gezondheid. Hierbij zullen dus de betrokken ministers en administraties op federaal niveau en op het niveau van de deelstaten worden betrokken. Begin 2027 zal er een openbare raadpleging plaatsvinden. Ik zal de resultaten van de evaluatie van het eerste NAPED zorgvuldig bestuderen en er bij mijn collega's op aandringen dat er doeltreffende maatregelen worden genomen om de gezondheid zo goed mogelijk te beschermen tegen de uitdagingen die hormoonverstoorders met zich meebrengen.*

***63 Vraag van Funda Oru aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "Menstruatieproducten" (56017248C)***

***63 Question de Funda Oru à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "Les produits menstruels" (56017248C)***

*Uit recent onderzoek blijkt dat in tampons sporen van metalen zoals lood, arseen en cadmium werden aangetroffen. Hoewel verder onderzoek nodig is naar de mogelijke gezondheidsimpact, zorgt dit nieuws begrijpelijkerwijs voor ongerustheid bij veel vrouwen en meisjes.*

*Menstruatieproducten worden jarenlang en op regelmatige basis gebruikt. Net daarom verwachten consumenten dat deze producten grondig gecontroleerd worden en dat er transparantie bestaat over hun samenstelling.*

1. *Heeft u kennisgenomen van deze onderzoeksresultaten?*
2. *Wordt onderzocht of ook producten op de Belgische markt dergelijke stoffen bevatten?*
3. *Acht u de huidige regels rond transparantie en etikettering van menstruatieproducten voldoende?*
4. *Welke initiatieven neemt u vanuit consumentenbescherming en gelijke kansen om ervoor te zorgen dat vrouwen kunnen vertrouwen op de veiligheid van deze producten?*
5. *Bent u bereid op Europees niveau te pleiten voor strengere normen en meer onderzoek naar potentieel schadelijke stoffen in menstruatieproducten?*

***Antwoord - Réponse:***

1. *Heeft u kennisgenomen van deze onderzoeksresultaten?*

*Ik heb inderdaad in de pers over dat onderzoek gelezen. Het onderzoek stelt dat er geen bewijs is dat de metalen ook daadwerkelijk worden opgenomen in het lichaam, en toxicologen wijzen erop dat significante problemen intussen al aan de oppervlakte zouden moeten zijn gekomen omdat miljoenen en miljoenen mensen wereldwijd tampons gebruiken. Maar uiteraard zie ook ik liever menstruatieproducten zonder metalen, zoals ik een pleitbezorger ben van strenge normen voor schadelijke stoffen in alle consumptieproducten.*

2. *Wordt onderzocht of ook producten op de Belgische markt dergelijke stoffen bevatten?*

*Menstruatieproducten worden noch als cosmetica, noch als medische hulpmiddelen beschouwd. Ze worden beschouwd als gewone consumentenartikelen. De Europese REACH-verordening legt tot nu geen specifieke beperkingen op voor zware metalen in deze*

*producten. Er worden dan ook geen specifieke inspecties op gedaan.*

3. *Acht u de huidige regels rond transparantie en etikettering van menstruatieproducten voldoende?*

*Ik begrijp de vraag naar transparantie over de samenstelling en inhoud van deze producten en steun elk initiatief dat deze transparantie kan verbeteren.*

4. *Welke initiatieven neemt u vanuit consumentenbescherming en gelijke kansen om ervoor te zorgen dat vrouwen kunnen vertrouwen op de veiligheid van deze producten?*

*Mijn diensten voeren controles uit op de markt om na te gaan of de producten die aan de consument worden verkocht, voldoen aan de Europese regelgeving zoals REACH en CLP. In 2017-2018 werd er een inspectie uitgevoerd op tampons en maandverband. Er werd toen niet specifiek gezocht naar zware metalen, maar naar moleculen die worden beschouwd als hormoonontregelaars of huidsensibilisatoren. Er werden bepaalde stoffen aangetroffen, maar de gemeten concentraties bleven in alle gevallen onder de wettelijke normen.*

*Wanneer zich een ernstig probleem voordoet, kunnen maatregelen tot terugtrekking van de markt worden genomen voor deze producten, hetzij via de Productnormenwet, hetzij via het Wetboek van Economisch Recht (General Product Safety Regulation).*

5. *Bent u bereid op Europees niveau te pleiten voor strengere normen en meer onderzoek naar potentieel schadelijke stoffen in menstruatieproducten?*

*Mijn diensten hebben steeds verdedigd dat producten voor intieme hygiëne onder artikel 68, lid 2, van de REACH-verordening zouden moeten vallen. Deze bepaling laat de Commissie toe CMR-stoffen in consumentenartikelen te verbieden. De Commissie pastte deze mogelijkheid de voorbije twintig jaar echter slechts tweemaal toe: voor PAK's in consumentenartikelen en voor CMR-stoffen in textiel). Onderhandelingen zijn momenteel lopende over CMR-stoffen in kinderzorgartikelen.*

*Ik ben een sterke pleitbezorger van de strengste normen inzake schadelijke stoffen als deze de volksgezondheid in gevaar brengen. Ik zal niet toelaten dat de EU deze normen versoepelt of in vraag stelt. Tegelijk pleit ik ook voor voldoende fundamenteel en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek op Europees niveau, ondersteund door een sterk gezondheidsbudget.*

***64 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Nutri-Score" (56017288C)***
***64 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Nutri-Score" (56017288C)***

*Monsieur le Ministre,*

*Selon l'analyse annuelle publiée le 17 juin par l'Observatoire française de l'alimentation, les volumes de vente des produits qui apposent le Nutri-Score sont passés de 64 % en 2023 et en 2024, à 63 % en 2025.*

*Un seul petit pourcentage, certes, mais c'est la première fois depuis la mise en place du dispositif qu'une inflexion plutôt qu'une progression est constatée.*

*Le recul est significatif dans les secteurs des céréales du petit déjeuner et des produits laitiers et desserts frais.*

*En ce sens, je voulais vous poser les questions suivantes.*

*Monsieur le Ministre,*

- *Cette inflexion constatée chez nos voisins français est-elle également de mise pour la Belgique ?*
- *Comment expliquer le désengagement de grandes marques comme Danone, Bjorg ou Kellogg's à l'égard du Nutri-Score ?*
- *Comment le gouvernement compte-t-il freiner la tendance à l'inflexion que risque d'ouvrir les trois grandes marques précitées pour revenir à une progression continue comme nous l'avons toujours constaté depuis la mise en place du dispositif ?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

1. *Cette inflexion constatée chez nos voisins français est-elle également de mise pour la Belgique ?*

*À ce stade, rien n'indique que la Belgique connaisse un recul de l'adoption du Nutri-Score. Les principaux distributeurs, représentant plus de 40 % du marché, continuent de l'appliquer largement sur leurs marques propres et soutiennent cet outil de transparence nutritionnelle, reconnu largement par les consommateurs.*

2. *Comment expliquer le désengagement de grandes marques comme Danone, Bjorg ou Kellogg's à l'égard du Nutri-Score ?*

*Le désengagement observé ailleurs s'explique surtout par la révision de l'algorithme du Nutri-Score, qui a dégradé la notation de certains produits transformés, sucrés, salés ou gras. Certaines entreprises ont dès lors choisi de ne plus afficher un score devenu moins favorable. Pourtant, les produits affichant un Nutri-Score, même faible (D ou E), restent mieux perçus que ceux sans étiquetage. Ce retrait traduit donc un choix stratégique lié à des intérêts économiques.*

3. *Comment le gouvernement compte-t-il freiner la tendance à l'inflexion que risque d'ouvrir les trois grandes marques précitées pour revenir à une progression continue comme nous l'avons toujours constaté depuis la mise en place du dispositif ?*

*La meilleure manière d'éviter ces retraits opportunistes est de rendre le Nutri-Score obligatoire au niveau européen. Tant qu'il reste volontaire, certaines entreprises l'utilisent de manière sélective, ce qui nuit à la comparabilité et à l'information des consommateurs. La Belgique doit donc continuer à plaider, au niveau européen, pour un étiquetage nutritionnel harmonisé et obligatoire.*

*En tout cas, je continue à croire à l'importance de bien informer la population sur la valeur nutritionnelle des aliments qu'elle consomme. C'est pourquoi j'ai pris l'initiative de faire élaborer un arrêté royal rendant obligatoire la mention du Nutri-Score dans la publicité. Celui-ci est actuellement soumis au Conseil d'État.*

***65 Vraag van Maaike De Vreese aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning en de structurele financiering van de mughelikopter in Brugge" (56017300C)***

***65 Question de Maaike De Vreese à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'agrément et le financement structurel de l'hélicoptère du SMUR à Bruges" (56017300C)***

*De MUG-helikopter van het AZ Sint-Jan in Brugge redt jaarlijks tientallen levens en wordt steeds intensiever ingezet: in 2025 voor het eerst meer dan 1.000 interventies (1.041), en in de eerste vier maanden van 2026 al 394 uitrukken, steeds vaker bovenregionaal en grensoverschrijdend (o.m. acht oproepen vanuit Zeeland). De jaarlijkse kostprijs van ca. 850.000 euro wordt nog grotendeels gedragen door giften, sponsoring en lokale en provinciale subsidies.*

*Het regeerakkoord voorziet nochtans uitdrukkelijk in de definitieve erkenning van de medische helikopterstructuren om de continuïteit van de twee huidige medische helikopters te verzekeren. Zonder concreet financieringskader blijft die continuïteit echter onzeker.. In juni 2025 (COM 148) kondigde u aan na de zomer terug te komen; in december 2025 (COM 261) bleef het bij de melding dat het advies de inzet beperkt tot gevallen waarin de grondmiddelen niet tijdig ter plaatse raken; op 28 april 2026 (COM 360) verklaarde u dat de Federale Raad nu aanbeveelt het proefproject stop te zetten en een duurzaam kader uit te werken, maar dat u nog het advies over de financieringsmethode afwacht, met 1 september 2026 als deadline. Een bedrag, begrotingslijn of startdatum is er nog niet, en mijn schriftelijke vraag van oktober vorig jaar bleef helaas ook onbeantwoord.*

*Daaromtrent volgende vragen:*

*1) Komt er een specifieke begrotingslijn of structurele financiering voor de MUG-heli in Brugge? Zo ja, voor welk bedrag en vanaf welk begrotingsjaar?*
*2) Welke overbruggingsfinanciering voorziet u voor 2026? Kunt u garanderen dat het proefproject niet stopt alvorens het structurele kader operationeel is, zodat de werking hiervan geen onderbreking kent?*
*3) De adviescriteria die u eerder vermeldde (inzet enkel wanneer grondmiddelen niet tijdig ter plaatse raken, onderbrenging in een ziekenhuisstructuur, gelijke patiëntenbijdrage) kunnen de inzet inperken. Garandeert het toekomstige kader het voortbestaan en de huidige inzetcapaciteit van de MUG-heli, en welke objectief controleerbare criteria voor dekking, dispatch en beschikbaarheid hanteert u daarbij?*

*4) U kondigde al in juni en december 2025 een voorstel aan; nu geldt 1 september 2026. Wat garandeert dat die datum deze keer wel gehaald wordt?*
*5) Hoe wordt de grensoverschrijdende inzet in bijvoorbeeld Zeeland verrekend in het toekomstige financieringsmodel, en is daarover overleg met Nederland?*

***Antwoord - Réponse:***

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

***66 Question de Mathieu Michel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des consultations de sexologie clinique et l'harmonisation des critères" (56017380C)***
***66 Vraag van Mathieu Michel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van consulten bij een klinisch seksuoloog en de harmonisering van de criteria" (56017380C)***

*Depuis plusieurs années, des sexologues clinicien·ne·s formé·e·s dans les universités belges dénoncent l'absence de remboursement de leurs consultations par certaines mutualités lorsqu'ils ne sont pas titulaires d'un master en psychologie clinique, et ce malgré des parcours académiques complets spécifiquement orientés vers la sexologie clinique, la thérapie conjugale et familiale ou encore les sciences de la sexualité.*

*Or, certaines mutualités reconnaissent déjà ces profils et remboursent leurs consultations, tandis que d'autres appliquent des critères beaucoup plus restrictifs. Il existe même des divergences au sein d'un même réseau mutualiste, créant ainsi une inégalité territoriale et un manque de lisibilité.*

*Cette problématique soulève des enjeux importants en matière d'accès aux soins, alors que les troubles liés à la sexualité, aux violences sexuelles, aux addictions comportementales ou encore aux usages numériques compulsifs sont en augmentation et nécessitent une prise en charge spécialisée, souvent multidisciplinaire.*

*En effet, la sexologie clinique ne se limite pas à une approche psychologique classique : elle mobilise également des compétences relationnelles, conjugales, familiales, médicales et comportementales spécifiques.*

*Dans ce contexte, plusieurs acteurs du secteur plaident pour une clarification des critères de reconnaissance des praticiens, notamment sur la base :*

- *d'un diplôme universitaire pertinent dans le domaine de la santé ou de la psychologie ;*
- *d'une spécialisation universitaire en sexologie clinique ;*
- *d'une supervision professionnelle continue ;*
- *et d'une reconnaissance professionnelle encadrée.*

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

1. *Comment expliquez-vous que des diplômés universitaires en sexologie clinique, disposant d'un diplôme de base dans le champ de la santé et/ou de la psychologie, soient aujourd'hui exclus des dispositifs de remboursement de certaines mutualités ?*
2. *Comment justifier les disparités actuelles entre mutualités et parfois au sein d'un même réseau mutualiste, en matière de remboursement des consultations de sexologie clinique ?*
3. *Le gouvernement fédéral envisage-t-il d'encourager une harmonisation ou une clarification des critères de reconnaissance des praticiens en sexologie clinique ?*
4. *Une concertation avec les universités, les associations professionnelles reconnues et les mutualités est-elle envisagée afin de faire évoluer ces critères ?*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

*Les conditions de remboursement des prestations fournies par des psychologues cliniciens, des orthopédagogues ou des sexologues dans le cadre de l'assurance complémentaire des mutuelles sont fixées par chacune des institutions d'assurance elles-mêmes. Chaque institution fixe ses critères et modalités, de sorte que des différences peuvent exister entre mutualités ou réseaux. Cela ne relève pas de la compétence de l'INAMI.*

*D'autres thématiques, dont celles relatives à certaines professions ou pratiques émergentes en santé mentale, peuvent être examinées*

*ultérieurement dans le cadre des instances consultatives compétentes, notamment le Conseil fédéral des soins de santé mentale, qui réunit des représentants du secteur académique et des organisations professionnelles.*

***67 Questions jointes de***
***- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'élargissement du remboursement INAMI du test génétique pour cancer héréditaire (sein/ovaire)" (56017408C)***
***- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité des tests génétiques de dépistage du cancer" (56017669C)***
***67 Samengevoegde vragen van***
***- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ruimere terugbetaling door het RIZIV v.d. genetische test voor erfelijke borst- en eierstokkanker" (56017408C)***
***- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot genetische testen voor kankerscreening" (56017669C)***

***56017408C***

*La presse fait état d'un élargissement du remboursement INAMI d'un test génétique de dépistage du risque héréditaire de cancer du sein et de l'ovaire (type BRCA), permettant un accès facilité à davantage de patientes à risque.*

*La nomenclature INAMI des tests génétiques fait l'objet d'évaluations régulières par le Conseil technique médical et le Collège d'oncogénétique. Les associations de patientes réclament depuis plusieurs années un élargissement des critères de remboursement, estimant que les conditions actuelles excluaient des femmes pourtant à risque avéré, faute d'antécédents familiaux suffisamment documentés.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° les nouveaux critères médicaux exacts ouvrant droit au remboursement de ce test génétique, et la date à laquelle cet élargissement entre en vigueur ?*
*2° le nombre estimé de patientes additionnelles couvertes par cette mesure, et le budget INAMI qui y est consacré annuellement ?*
*3° les délais actuels de prise en charge dans les centres de génétique humaine agréés, et les mesures prévues pour garantir une accessibilité équivalente sur l'ensemble du territoire ?*

***56017669C***

*Knack a publié, dans son édition de la semaine du 24 juin 2026, une enquête en deux volets sur les tests génétiques de dépistage du cancer en Belgique.*

*Le premier volet révèle que l'INAMI rembourse ces tests à des tarifs compris entre 452 et 1 679 euros selon le centre agréé sollicité, contre 200 à 300 euros dans des pays voisins.*

*Le second volet chiffre à 118 000 le nombre de Belges présentant un risque héréditaire élevé de cancer qui ne bénéficient actuellement d'aucun test de dépistage génétique, votre cabinet reconnaissant, selon l'hebdomadaire, des interrogations encore ouvertes sur la faisabilité d'un élargissement du dépistage.*

*Le remboursement des tests génétiques relève de la nomenclature INAMI et s'effectue exclusivement auprès des huit centres de génétique humaine agréés en Belgique, dans le cadre de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Plusieurs études commandées par le cabinet de la Santé publique documentent, depuis 2018, un écart de coût significatif entre la Belgique et ses voisins européens, sans qu'une réforme tarifaire n'ait été mise en œuvre à ce jour.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° s'il confirme les écarts tarifaires relevés par Knack entre les huit centres de génétique humaine agréés, et les causes structurelles y afférentes ?*

*2° les mesures concrètes envisagées pour réduire le nombre de Belges à haut risque héréditaire de cancer n'ayant pas accès à un test de dépistage génétique, actuellement estimé à 118 000 personnes ?*

*3° si une harmonisation tarifaire ou un élargissement du remboursement INAMI pour ces tests sera prochainement à l'agenda ?*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

*Les critères de remboursement des tests génétiques dans la nomenclature de l'INAMI, à des fins diagnostiques ou chez les patients présentant un risque élevé, sont élaborés selon les procédures habituelles de l'INAMI et en concertation avec les instances et experts concernés, notamment le Collège de génétique. Il est tenu compte des recommandations internationales, de l'expérience de terrain en Belgique, de la plus-value clinique, du groupe cible, de la faisabilité organisationnelle, des conditions de qualité, des aspects juridiques et de l'impact budgétaire. Les éventuelles extensions ou adaptations de la nomenclature sont évaluées sur la base de ces éléments.*

*Les différences tarifaires évoquées doivent par ailleurs être interprétées avec prudence. Les tests remboursés aujourd'hui concernent des analyses réalisées dans un cadre spécialisé, et ne sont pas directement comparables à un éventuel dépistage populationnel standardisé, qui relève d'une autre logique d'organisation.*

*Une telle approche populationnelle relève en outre d'abord des compétences des entités fédérées en matière de prévention et de dépistage. Ce sont donc elles qui doivent apprécier l'opportunité, l'organisation, l'évaluation et le financement d'un éventuel programme de dépistage. Enfin, un éventuel élargissement vers un dépistage génétique plus large doit être soigneusement évalué. Il ne s'agit pas seulement de la disponibilité technique ou du coût du test, mais aussi de la plus-value réelle en santé, de la faisabilité, de l'organisation du conseil génétique, de l'impact psychologique, du risque de résultats difficiles à interpréter, de surtraitement ou de fausse réassurance, ainsi que de l'impact sur l'ensemble du système de soins. Comme le rappelle l'article cité, le Collège de génétique appelle à la prudence et, en Flandre, le groupe de travail compétent en matière de dépistage de population a rendu un avis négatif sur un projet de dépistage plus large, avis qui a été suivi par la ministre flamande compétente.*

***68 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De milieuschade door chemische uv-filters in zonnebrandcrèmes" (56017419C)***

***68 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les dommages environnementaux dus aux filtres UV chimiques dans les crèmes solaires" (56017419C)***

*Elk jaar belanden er wereldwijd duizenden tonnen zonnebrandcrème in onze oceanen en oppervlaktewateren. Wetenschappelijk onderzoek toont onomstotelijk aan dat bepaalde chemische uv-filters ecotoxicologisch zeer schadelijk zijn. Deze stoffen dragen bij aan de verbleking en sterfte van koraalriffen, verstoren de hormoonhuishouding van vissen en zeedieren, en hopen zich op in het aquatische milieu.*

*Verschillende landen en regio's, waaronder Hawaii, de Amerikaanse Maagdeneilanden, Thailand, Palau en Bonaire, hebben reeds kordate maatregelen genomen. Zij hebben de verkoop en het gebruik van zonnebrandcrèmes die deze schadelijke chemische filters bevatten, wettelijk verboden om hun kwetsbare ecosystemen te beschermen. Consumenten worden daar actief gewezen op het gebruik van milieuvriendelijkere, minerale alternatieven (op basis van non-nano zinkoxide of titaniumdioxide).*

*Hoewel de focus vaak ligt op tropische ecosystemen, tonen recente metingen aan dat deze chemische stoffen ook in Europese wateren en recreatieve zwemvijvers in steeds hogere concentraties worden aangetroffen. Dit vormt een directe bedreiging voor onze lokale biodiversiteit en de kwaliteit van ons oppervlaktewater.*

1. *Beschikt uw administratie over specifieke data met betrekking tot de concentraties en de impact van chemische UV-filters (zoals oxybenzone en octinoxate) in onze binnenwateren, recreatieve zwemzones en kustwateren?*
2. *De Europese Unie reguleert cosmetica streng via de Cosmeticaverordening, maar deze is primair gericht op humane veiligheid. Welke ruimte heeft onze regering om, in navolging van landen als Thailand en de VS, op nationaal niveau restricties of een verbod op te leggen voor de verkoop van ecotoxische zonnebrandcrèmes?*
3. *Bent u bereid om dit specifieke milieuprobleem aan te kaarten binnen de Europese Raad van Milieuministers, teneinde te pleiten voor een EU-breed verbod op de meest schadelijke chemische filters?*
4. *Is de minister bereid om, in aanloop naar de zomermaanden, een gerichte sensibiliseringscampagne op te starten om*

*consumenten te informeren over de ecologische voetafdruk van hun zonnebrandcrème en hen te stimuleren te kiezen voor "oceaanvriendelijke" (non-nano minerale) alternatieven?*

5. *Overweegt u maatregelen of overleg met de cosmeticasector om de verspilling van zonnebrandcrèmes tegen te gaan (bijvoorbeeld door kleinere standaardverpakkingen te stimuleren), aangezien de korte houdbaarheid leidt tot een grote stroom aan chemisch afval?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte volksvertegenwoordiger,*

*Zoals u aangeeft, is de cosmeticaregelgeving een geharmoniseerde verordening gericht op effecten van deze producten op de menselijke gezondheid. Wat de gevolgen voor het milieu betreft, stel ik voor dat u uw vraag richt aan mijn collega, de minister van Klimaat en Milieutransitie, minister Crucke.*

***69 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het antibioticabeleid bij (gezelschaps)dieren" (56017560C)***
***69 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière d'antibiotiques pour les animaux (de compagnie)" (56017560C)***

*De strijd tegen antimicrobiële resistentie is belangrijk voor de volks- en diergezondheid. De Europese Verordening (EU) 2019/6 en de conclusies van de Raad van 18 december 2018 vormen daarvoor het kader. België behaalde de voorbije jaren uitstekende resultaten. Volgens het recentste BelVet-SAC-rapport daalde de verkoop van diergeneeskundige antibiotica sinds 2011 met bijna 65%. De reductiedoelstelling is daarmee nagenoeg bereikt, dankzij de inspanningen van dierenartsen en veehouders.*

*Toch lijkt België verder te gaan dan Europa vraagt. AMCRA pleit voor een verplichte registratie van het antibioticagebruik bij gezelschapsdieren, terwijl deze sector slechts 6% van het totale gebruik vertegenwoordigt. Dat betekent bijkomende administratieve verplichtingen voor duizenden dierenartsen. Ook groeit de bezorgdheid dat de therapeutische vrijheid van de practicus onder druk komt te staan. De behandelende dierenarts moet, in het belang van het individuele dier, de ruimte behouden om de meest aangewezen behandeling te kiezen. Daarnaast rijzen vragen over de impact op innovatie. Wanneer nieuwe diergeneeskundige antibiotica steeds verder aan nationale beperkingen worden onderworpen, kan de bereidheid van de farmaceutische industrie om te investeren afnemen.*

*Ook stel ik vast dat de uitvoering van het antibioticabeleid steeds meer wordt doorgeschoven naar externe organisaties. AMCRA krijgt een grotere rol in de beleidsvoorbereiding en -uitvoering. Via het KB van 31 december 2025 werd bovendien drie miljoen euro toegekend aan de Orde der Dierenartsen om financiële tegemoetkomingen te organiseren. De Hoge Raad van de Orde oordeelde echter dat dit strijdig is met haar wettelijke opdracht en besliste die rol niet op te nemen. Een gelijkaardige uitvoerende rol bestaat evenmin voor de Orde der Artsen.*

1. *Hoe voorkomt u dat België verder gaat dan de Europese regelgeving en bijkomende verplichtingen oplegt?*
2. *Waarom is een verplichte registratie voor gezelschapsdieren nodig? Werd een kosten-batenanalyse gemaakt?*
3. *Welke garanties geeft u dat de therapeutische vrijheid van dierenartsen behouden blijft?*
4. *Werd onderzocht welke impact een restrictiever beleid heeft op investeringen in nieuwe diergeneeskundige antibiotica?*
5. *Waarom worden uitvoeringstaken toevertrouwd aan AMCRA en de Orde der Dierenartsen, terwijl de Hoge Raad oordeelt dat dit niet tot haar opdracht behoort? Waarom neemt het FAGG deze taken niet zelf op?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte Volksvertegenwoordiger,*

1. *Hoe voorkomt u dat België verder gaat dan de Europese regelgeving en bijkomende verplichtingen oplegt?*

*De verplichte registratie van de verkoop en het gebruik van antibiotica bij honden en katten vloeit rechtstreeks voort uit de europese wetgeving. België moet deze gegevens vanaf januari 2029 inzamelen om ze vanaf 2030 aan het Europees Geneesmiddelenagentschap te kunnen rapporteren. De verplichte registratie van het gebruik bij honden en katten is dus een Europese verplichting.*

*Er is daarentegen geen verplichting voor het volgen van de AMCRA-richtlijnen voor een goed gebruik van antibiotica, maar uit het overleg met de betrokken sectoren blijkt dat de dierenartsen zelf vragende partij zijn voor deze richtlijnen die een kader voor verantwoord antibioticagebruik bieden.*

2. *Waarom is een verplichte registratie voor gezelschapsdieren nodig? Werd een kosten-batenanalyse gemaakt?*

*Er werd geen specifieke nationale kosten-batenanalyse uitgevoerd voor de invoering van deze registratieverplichting. Wel wordt de kosten-batenverhouding gunstig ingeschat indien de software van dierenartsen en het VAMREG-systeem van het FAGG goed functioneren. Daarom werd door het FAGG sterk ingezet op de ontwikkeling van deze systemen, met alternatieven zoals manuele of csv-invoer voor dierenartsen zonder softwarepakket.*

*Ik wil benadrukken dat antimicrobiële resistentie ook bij gezelschapsdieren een reëel risico vormt voor zowel dieren als mensen. Een volledige registratie van het antibioticagebruik laat toe om lacunes in de registratie van het gebruik bij dieren waar te nemen, ondersteuning te bieden aan dierenartsen voor indicaties waarvoor te veel kritische antibiotica ingezet worden en om hen inzicht te geven in hun gebruik.*

3. *Welke garanties geeft u dat de therapeutische vrijheid van dierenartsen behouden blijft?*

*Verantwoord antibioticagebruik wordt beschouwd als onderdeel van de goede diergeneeskundige praktijk en vormt geen bedreiging voor de therapeutische vrijheid van dierenartsen. Europese en nationale regels leggen wel beperkingen op aan het gebruik van bepaalde, voor de humane geneeskunde kritische antibiotica. Wanneer de grenzen van het goed gebruik overschreden worden, kan de therapeutische vrijheid beperkt worden ter bescherming van de werking van antimicrobiële middelen voor mens en dier.*

4. *Werd onderzocht welke impact een restrictiever beleid heeft op investeringen in nieuwe diergeneeskundige antibiotica?*

*Er werd geen onderzoek verricht naar de impact van een restrictiever antibioticabeleid op investeringen in nieuwe diergeneeskundige antibiotica. Net zoals voor humane antibiotica, is de bedoeling niet om investeringen in nieuwe antibiotica aan te moedigen door de verkoop en het gebruik van antibiotica te stimuleren.*

5. *Waarom worden uitvoeringstaken toevertrouwd aan AMCRA en de Orde der Dierenartsen, terwijl de Hoge Raad oordeelt dat dit niet tot haar opdracht behoort? Waarom neemt het FAGG deze taken niet zelf op?*

*AMCRA en de Orde der Dierenartsen zijn wettelijk bevoegd om bepaalde uitvoerende taken op zich te nemen. AMCRA is sinds 2012 erkend als kenniscentrum inzake antimicrobiële resistentie bij dieren. De Orde der Dierenartsen voldoet aan de voorwaarden van artikel 7bis van de wet van 20 juli 2006 betreffende de oprichting van het FAGG en er zijn geen artikelen in de wet van 19 december 1950 tot instelling van de Orde der Dierenartsen die het opnemen van een dergelijke taak verbieden. Het FAGG zelf beschikt niet over een rechtsgrond om subsidies toe te kennen of uit te betalen aan dierenartsen.*

***70 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réduction de l'offre de soins dans 39 structures hospitalières" (56017578C)***
***70 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vermindering van het zorgaanbod in 39 ziekenhuiscampussen" (56017578C)***

*L'Echo, De Tijd et Het Belang van Limburg rapportaient le 27 juin que 39 sites hospitaliers belges vont devoir réduire ou réorganiser leur offre de soins, faute de ressources humaines et financières suffisantes — situation que vous reconnaissez vous-même selon L'Echo.*

*Het Belang van Limburg cite des réactions locales selon lesquelles « le principe de proximité » des soins serait mis en cause pour plusieurs hôpitaux limbourgeois, tandis que De Tijd relève qu'un des établissements concernés affirme avoir investi récemment « net 30 miljoen (ndlr: 30 millions d'euros) », ce qui nourrit la contestation de la mesure.*

*Cette réorganisation s'inscrit dans la réforme du paysage hospitalier engagée via les réseaux hospitaliers locorégionaux, qui a fait déjà l'objet d'un débat en Commission le 20 mai dernier.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° la liste complète des 39 sites concernés, et la réduction précise de l'offre de soins planifiée pour chacun d'eux ?*

*2° Comment il entend concilier cette réduction avec le principe d'accès égal aux soins, en particulier pour les zones rurales et les bassins de population francophones les plus éloignés des grands centres hospitaliers ?*

*3° si une évaluation de l'impact sur les temps d'attente et les délais d'accès aux soins d'urgence a été réalisée avant la décision,*

***Antwoord - Réponse:***

*1° La note de principe approuvée par la Conférence interministérielle Santé publique du 24 juin 2026 ne prévoit pas une liste définitive de sites devant fermer ou supprimer une activité donnée. En faisant une distinction entre les types de structures hospitalières à prévoir dans le paysage hospitalier et les critères auxqueles elles doivent répondre, elle fixe un cadre permettant de proposer une répartition plus cohérente de certaines activités sur la base de critères de qualité, de sécurité, d'accessibilité et de disponibilité des professionnels. Pour les sites ne répondant pas aux critères pour un hôpital général régional (HGR), plusieurs options seront envisageables : ils pourront soit renforcer et consolider leurs activités (notamment en augmentant le volume d'activités et le nombre de lits) afin d'atteindre les seuils requis, soit s'inscrire dans une dynamique de fusion avec un autre hôpital général en vue de constituer, à terme, un HGR sur un site unique, soit se reconfigurer en centre local hospitalier de jour (CLHJ) et/ou en hôpital de soins intermédiaires (HSI), soit, le cas échéant, cesser leurs activités. C'est aux acteurs concernés d'analyser les options*

*2° La réforme ne remet pas en cause le principe d'accessibilité des soins. Son objectif est de garantir à chaque patient des soins de qualité dispensés par des équipes disposant de l'expertise et du volume d'activité nécessaires. Les soins de proximité demeurent un pilier essentiel de l'organisation hospitalière. Une attention particulière sera accordée aux zones plus éloignées et à l'équilibre territorial de l'offre.*

*3° La démarche repose notamment sur l'analyse des flux de patients, des temps d'accès et de l'activité des services concernés. Les propositions concrètes seront évaluées avant toute mise en œuvre afin de préserver l'accessibilité des soins urgents et programmés. Dans ce cadre, l'avis du Conseil fédéral de l'Aide médicale urgente a été sollicité. Cet avis contribuera à l'évaluation de l'impact des réorganisations envisagées sur l'accessibilité des soins urgents et sur les délais d'intervention.*

***71 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le projet fédéral de cartographie des cancers" (56017583C)***
***71 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het federale plan om kankers in kaart te brengen" (56017583C)***

*La presse nationale du 29 juin 2026 fait état d'un projet de cartographie de l'incidence des cancers en Belgique destiné à mieux comprendre le rôle de l'exposition à la pollution environnementale dans le développement de certains cancers. Ce travail s'appuierait sur les données du Registre du Cancer, croisées avec des données d'exposition environnementale, ledit registre étant organisé par la Fondation Registre du Cancer et financé notamment par l'INAMI et le SPF Santé publique, et constitue l'instrument fédéral de référence en matière d'épidémiologie du cancer.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° s'il confirme l'existence de ce projet de cartographie, son porteur institutionnel exact, son financement et son calendrier de réalisation ?*

*2° si une coopération a été mise en place avec les Régions, compétentes en matière d'environnement, pour assurer l'accès aux données de pollution nécessaires à ce travail épidémiologique, et sous quelle forme ?*

*3° si des zones de surincidence du cancer corrélées à l'exposition à la pollution, notamment en zone urbaine, ont déjà été déterminées?*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

*1° s'il confirme l'existence de ce projet de cartographie, son porteur institutionnel exact, son financement et son calendrier de réalisation ?*

*Il existe effectivement un projet entre le BCR (Fondation Registre du Cancer) et le Département Zorg du Gouvernement flamand portant sur la modélisation spatiale du risque relatif de cancer. Ce projet vise à coupler les données du BCR avec des données environnementales et à étudier les associations entre le risque de cancer et l'exposition à des facteurs environnementaux. Le projet est financé par le Gouvernement flamand, a débuté en mars 2026 et se poursuivra jusqu'à la fin de l'année 2030.*

*2° si une coopération a été mise en place avec les Régions, compétentes en matière d'environnement, pour assurer l'accès aux données de pollution nécessaires à ce travail épidémiologique, et sous quelle forme ?*

*Ce projet est mené en étroite collaboration avec le Département Zorg du Gouvernement flamand. Le Département Zorg fournira au BCR les données environnementales relatives à la Flandre. L'Organisation partenaire de Santé environnementale (PO MGZ – Partnerorganisatie Milieugezondheidszorg) est associée à cette démarche.*

*3° si des zones de surincidence du cancer corrélées à l'exposition à la pollution, notamment en zone urbaine, ont déjà été déterminées?*

*À l'heure actuelle, le BCR ne dispose pas encore de données environnementales ; de telles études n'ont donc pas encore été réalisées.*

***72 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le prix de la consultation médicale dans le cadre de la réforme des soins de santé" (56017584C)***
***72 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De prijs voor een consult in het kader van de hervorming van de gezondheidszorg" (56017584C)***

*La presse nationale du 29 juin 2026 a évoqué une réforme du système de remboursement des soins de santé présentée comme devant permettre aux patients de payer leur médecin moins cher.*

*Cette annonce s'inscrit dans le cadre des négociations médico-mutualistes en cours.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° la nature exacte de la réforme évoquée par la presse, son calendrier d'entrée en vigueur, et l'instrument juridique (arrêté royal, accord médico-mutualiste) sur lequel elle se fonde ?*

*2° l'impact budgétaire attendu pour l'INAMI et l' économie ou le coût supplémentaire anticipé pour le patient moyen, selon le type de consultation (généraliste, spécialiste) ?*

*3° si réforme s'accompagne de mesures incitatives au conventionnement pour les médecins, en particulier dans les zones urbaines comme Bruxelles où le taux de conventionnement de certains spécialistes est en recul ?*

***Antwoord - Réponse:***

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

***73 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La climatisation et ses impacts sur la santé publique en Belgique" (56017607C)***
***73 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van airconditioning op de volksgezondheid in België" (56017607C)***

*Monsieur le Ministre,*

*Les épisodes de fortes chaleurs et de canicules se multiplient en Belgique sous l'effet du changement climatique. Cette évolution entraîne un recours croissant aux systèmes de climatisation dans les habitations, les commerces, les bureaux, les établissements de soins et les infrastructures publiques.*

*Si la climatisation constitue un outil important de protection contre les risques sanitaires liés aux vagues de chaleur, plusieurs études internationales soulignent également certains effets indirects potentiellement préoccupants, notamment sur la santé publique.*

*Le rejet de chaleur vers l'extérieur contribuerait à renforcer les phénomènes d'îlots de chaleur urbains, donc de la chaleur en centre-ville.*

*Par ailleurs, certains travaux évoquent des risques sanitaires liés à une mauvaise utilisation ou à un entretien insuffisant des installations, notamment en matière de qualité de l'air intérieur, de propagation de bactéries telles que la légionelle ou encore de troubles respiratoires.*

*Dans ce contexte, je souhaiterais connaître les éléments suivants :*

1. *Votre cabinet dispose-t-il de données relatives à l'évolution du taux d'équipement en climatisation des ménages, des entreprises et des établissements de soins en Belgique au cours des dix dernières années ?*
2. *Des études ou observations ont-elles été réalisées en Belgique concernant l'impact de la climatisation sur les phénomènes d'îlots de chaleur urbains, notamment dans les grandes villes ?*
3. *Le SPF Santé publique a-t-il évalué les bénéfices sanitaires liés à l'utilisation de la climatisation lors des épisodes de canicule ainsi que les éventuels effets négatifs sur la santé publique ?*
4. *Combien de cas de légionellose ou d'autres problèmes sanitaires liés à des systèmes de climatisation ont-ils été recensés en Belgique au cours des cinq dernières années ?*
5. *Existe-t-il des recommandations fédérales concernant l'entretien, le contrôle sanitaire et l'utilisation adéquate des installations de climatisation dans les bâtiments publics, les hôpitaux, les maisons de repos et les entreprises ?*

*Le Gouvernement fédéral envisage-t-il d'intégrer davantage la question de la climatisation et de ses conséquences sanitaires dans les futurs plans nationaux de prévention des vagues de chaleur ?*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

1. *Votre cabinet dispose-t-il de données relatives à l'évolution du taux d'équipement en climatisation des ménages, des entreprises et des établissements de soins en Belgique au cours des dix dernières années ?*

*Je vous renvoie vers Statbel qui dispose de certaines données à ce sujet.*

2. *Des études ou observations ont-elles été réalisées en Belgique concernant l'impact de la climatisation sur les phénomènes d'îlots de chaleur urbains, notamment dans les grandes villes ?*

*A ma connaissance, aucune étude n'a été réalisée en Belgique, mais en février dernier, une étude parue dans Nature a tenté d'évaluer l'impact de la climatisation sur les îlots de chaleur. Cette étude concluait que, d'ici 2050, les émissions cumulées liées à la climatisation pourraient entraîner une hausse de la température moyenne mondiale de 0,05 °C, avec une fourchette estimée entre 0,03 °C et 0,07 °C.*

3. *Le SPF Santé publique a-t-il évalué les bénéfices sanitaires liés à l'utilisation de la climatisation lors des épisodes de canicule ainsi que les éventuels effets négatifs sur la santé publique ?*

*A ma connaissance, aucune étude n'a été menée en Belgique non plus. A l'international, peu d'études ont encore été conduites sur l'efficacité de la climatisation pour réduire la mortalité liée à la chaleur. En 2019, selon un rapport du Lancet Countdown, le recours à la climatisation avait permis d'éviter 195.000 décès chez les personnes âgées de 65 ans et plus en Chine, USA, Japon et Inde, où 345.000 décès dus à la chaleur ont été observés.*

4. *Combien de cas de légionellose ou d'autres problèmes sanitaires liés à des systèmes de climatisation ont-ils été recensés en Belgique au cours des cinq dernières années ?*

*Au niveau national, autour de 450 cas de légionellose son annuellement rapportés entre 2023 et 2025, ce qui est une augmentation post COVID. Celle-ci pourrait être expliquée, au moins en partie, par la recherche plus fréquente de légionnelles en cas de pneumonie.*

*La transmission de la légionellose est principalement liée à l'inhalation de fines gouttelettes d'eau. Il existe en effet une idée reçue selon laquelle la climatisation est la principale source mais les climatiseurs domestiques ou de bureau classiques (split, monobloc) ne transmettent pratiquement pas la légionelle, car ils ne pulvérisent pas d'eau.*

5. *Existe-t-il des recommandations fédérales concernant l'entretien, le contrôle sanitaire et l'utilisation adéquate des installations de climatisation dans les bâtiments publics,*

*les hôpitaux, les maisons de repos et les entreprises ?*

*Le SPF Santé publique est principalement spécialisé dans les systèmes de ventilation, et moins dans les systèmes de climatisation. Toutefois, certains des conseils formulés par le SPF Santé publique pour les systèmes de ventilation, comme le remplacement des filtres à intervalles réguliers afin de prévenir le développement de moisissures et de bactéries, s'appliquent également aux systèmes de climatisation.*

***74 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Mucoviscidose" (56017665C)***
***74 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mucoviscidose" (56017665C)***

*Het geneesmiddel Kaftrio betekent een grote doorbraak in de behandeling van mucoviscidose, met een duidelijke verbetering van de longfunctie en de levenskwaliteit. Sinds 1 september 2022 wordt het in ons land terugbetaald voor patiënten vanaf 12 jaar met de meest voorkomende mutatie. In 2025 keurde het Europees Geneesmiddelenbureau het gebruik ook goed voor een brede groep patiënten met zeldzamere mutaties, waardoor bijna alle mucopatiënten in aanmerking komen voor behandeling.*

*In de meeste buurlanden hebben deze patiënten intussen effectief toegang tot het geneesmiddel. In België is dat niet het geval: de onderhandelingen over de terugbetaling sprongen in mei 2025 af. De fabrikant startte een nieuwe procedure, maar zo'n procedure neemt al gauw een jaar in beslag. Vandaag, een jaar na het mislukken van de onderhandelingen, wachten nog steeds 70 patiënten met een zeldzame mutatie op toegang tot Kaftrio.*

*Voor deze patiënten is dit bijzonder schrijnend. Mucoviscidose is een progressieve ziekte die onomkeerbare longschade veroorzaakt; elke maand vertraging heeft dus onherstelbare gevolgen. Zij ervaren de huidige situatie bovendien als discriminerend: niet de ernst van hun aandoening, maar de zeldzaamheid van hun mutatie bepaalt of ze behandeld worden.*

*Vandaar mijn vragen, mijnheer de minister:*

1. *Wat is de stand van zaken van de lopende terugbetalingsprocedure voor de uitgebreide indicatie van Kaftrio? Welke timing wordt vooropgesteld?*
2. *Welke lessen werden getrokken uit het mislukken van de onderhandelingen in mei 2025, en welke garanties zijn er dat een tweede mislukking wordt vermeden?*
3. *Overweegt u tussentijdse oplossingen (zoals een medical need- of compassionate use-programma) zodat deze 70 patiënten in afwachting van een definitieve beslissing toch toegang kunnen krijgen tot de behandeling?*
4. *Welke structurele maatregelen plant u om de ongelijke toegang tussen patiënten met frequente en zeldzame mutaties te verhelpen, en meer algemeen om terugbetalingsprocedures voor geneesmiddelen tegen progressieve zeldzame ziekten te versnellen?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte volksvertegenwoordiger,*

*Vraag 1*
*Er werd een dossier ingediend bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen voor de vergoeding van Kaftrio. Momenteel is de procedure nog steeds lopende en kan ik hier helaas geen verdere details over verschaffen. Ik kan wel meedelen dat een formele beslissing verwacht wordt tegen het einde van de zomer.*

*Vraag 2*
*Elke onderhandeling wordt gevoerd op basis van het gefundeerde advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen. Tijdens de onderhandelingen worden alle relevante klinische, farmaco-economische en budgettaire elementen in overweging genomen. We willen onze grenzen opzoeken om dit medicijn beschikbaar te maken voor alle patiënten, maar wensen graag te benadrukken dat alle partijen akkoord moeten zijn met de inhoud van een mogelijk contract. Net als ikzelf, heeft het betrokken farmaceutische bedrijf zeker ook een verantwoordelijkheid op zich te nemen.*

*Vraag 3*
*Het FAGG staat open voor de beoordeling van elk verzoek tot het opzetten van een programma voor medische noodzaak, waarbij elk verzoek afzonderlijk en per indicatie wordt geëvalueerd. Tot op heden heeft het FAGG echter geen aanvraag ontvangen voor een dergelijk programma voor*

*deze indicatie. Dit is een initiatief dat enkel de firma kan nemen.*

*We zijn ons ervan bewust dat dergelijke situaties bijzonder moeilijk kunnen zijn voor patiënten en hun families. Daarom heeft het FAGG verduidelijkt dat een commercieel beschikbaar geneesmiddel, onder bepaalde voorwaarden, gratis of tegen een verminderde prijs ter beschikking kan worden gesteld. Zoals toegelicht in vraag nummer 28 in het Frequenty Asked Question document beschikbaar op de website van het FAGG (https://www.fagg.be/sites/default/files/FAQ_1.14_clean%20version.pdf)*
*kan dit onder meer wanneer het niet mogelijk is een programma voor medische noodzaak op te zetten, of na afloop van een dergelijk programma voor patiënten die niet voldoen aan de terugbetalingscriteria. Daarbij moet het gebruikelijke distributiekanaal worden gerespecteerd, waarbij het geneesmiddel via de apotheek aan de patiënt wordt afgeleverd.*
*In de praktijk kunnen behandelende artsen voor patiënten met een uitzonderlijk zeldzame aandoening die niet voldoen aan de terugbetalingsvoorwaarden, de vergunninghouder verzoeken het geneesmiddel kosteloos ter beschikking te stellen. De uiteindelijke beslissing om hierop in te gaan, behoort echter tot de verantwoordelijkheid van het betrokken bedrijf.*

*Vraag 4*
*Ik deel de bezorgdheid over de verschillen in toegang tot innovatieve behandelingen voor patiënten met frequente versus zeldzame mutaties. Voor patiënten met progressieve zeldzame aandoeningen is tijdige toegang tot een doeltreffende behandeling immers van bijzonder groot belang.*

*Om deze ongelijkheid aan te pakken, zet ik in op verschillende structurele maatregelen:*

- *Bij dergelijke behandelingen zijn klassieke bewijsvereisten vaak moeilijk haalbaar wegens de beperkte patiëntenaantallen. Daarom wordt binnen de terugbetalingsprocedures meer rekening gehouden met de specifieke kenmerken van weesgeneesmiddelen en met de ernst van de aandoening en de onvervulde medische nood.*
- *Ten tweede is sinds kort de Early&Fast procedure beschikbaar die ook bij beloftevolle geneesmiddelen sneller toegang voor de patiënt moet kunnen voorzien.*
- *Daarnaast zetten we in op een verdere optimalisering van de evaluatie- en besluitvormingsprocessen binnen de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen zoals beschreven in de Roadmap, zodat onnodige administratieve vertragingen worden vermeden, alsook bekijken we de manier van functioneren van de weescolleges.*
- *Verder is momenteel ook het Real world evidence platform in ontwikkeling, dat door middel van gegevensverzameling moet toelaten om voor specifieke aandoeningen betere gegevens te verzamelen die de besluitvorming kunnen ondersteunen.*

*Daarnaast blijft België actief deelnemen aan Europese samenwerkingsinitiatieven rond Health Technology Assessment (HTA), gezamenlijke wetenschappelijke adviezen en informatie-uitwisseling. Dit moet leiden tot efficiëntere beoordelingen en een snellere beschikbaarheid van innovatieve behandelingen voor patiënten met zeldzame aandoeningen.*

***75 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Methylmalonacidurie" (56017667C)***
***75 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La methylmalonacidurie" (56017667C)***

*Ik wil uw aandacht vestigen op een bijzonder schrijnende situatie van een patiënt met een zeldzame erfelijke stofwisselingsziekte, namelijk methylmalonacidurie (MMA), subtype cblB, niet-vitamine B12-gevoelig.Door de progressieve aantasting van de nierfunctie heeft deze patiënt dringend een niertransplantatie nodig. Volgens de behandelende artsen is dit letterlijk een kwestie van leven of dood.*

*Toch blijkt dat de patiënt vandaag niet op de transplantatielijst kan worden geplaatst omdat hij geen nierdialyse krijgt. Net dat vormt echter het probleem: omwille van zijn onderliggende stofwisselingsziekte is dialyse medisch niet of nauwelijks mogelijk en zou die zelfs ernstige complicaties kunnen veroorzaken.*

*Hierdoor dreigt een patiënt tussen de mazen van het net te vallen: hij voldoet niet aan een administratieve of procedurele voorwaarde, terwijl hij om medische redenen onmogelijk aan die voorwaarde kan voldoen.*

*Graag verneem ik het volgende van u:*

*Is de minister op de hoogte van dergelijke situaties waarbij patiënten met zeldzame metabole aandoeningen uitgesloten dreigen te worden van een transplantatielijst omdat dialyse medisch onmogelijk is?*

*Is de voorwaarde om dialyse te ondergaan een wettelijke verplichting, dan wel een medische of organisatorische selectievoorwaarde binnen de transplantatiecentra?*

*Bestaan er uitzonderingsprocedures voor patiënten bij wie dialyse gecontra-indiceerd is?*

*Zal de minister, samen met de transplantatiecentra en de bevoegde experten inzake zeldzame ziekten, nagaan of de huidige criteria voldoende rekening houden met deze uitzonderlijke patiëntengroep?*

*Is de minister bereid de regelgeving of de richtlijnen aan te passen zodat patiënten met een objectief aangetoonde medische contra-indicatie voor dialyse niet automatisch worden uitgesloten van levensreddende transplantatiezorg?*

***Antwoord - Réponse:***

*Geachte mevrouw de volksvertegenwoordiger,*

*1. Als minister van Volksgezondheid kan ik mij niet uitspreken over een individueel medisch dossier, noch over de concrete medische beoordeling van een specifieke patiënt.*
*Die beoordeling van en de geschiktheid voor een niertransplantatie gebeurt door de gespecialiseerde teams van de erkende transplantatiecentra. Zij baseren zich daarvoor op de klinische toestand van de patiënt, de beschikbare wetenschappelijke kennis en de geldende professionele richtlijnen.*

*2. Voor patiënten met een zeldzame metabole aandoening zoals methylmalonacidurie (MMA) geldt dat de aandoening op zich geen uitsluitingscriterium vormt voor een niertransplantatie. Ook het feit dat dialyse om medische redenen niet kan worden opgestart, leidt niet automatisch tot uitsluiting. Elke patiënt wordt individueel en multidisciplinair geëvalueerd. Daarbij wordt onder meer rekening gehouden met de nierfunctie, de metabole controle van de aandoening en eventuele andere orgaanproblemen. De allocatie en matching van organen verlopen vervolgens via Eurotransplant, volgens de daarvoor geldende regels.*

*3. De aanbevelingen geven bovendien aan dat een niertransplantatie ook vóór de opstart van dialyse kan worden overwogen wanneer dit medisch aangewezen is. Een voorafgaande dialysebehandeling is dus geen absolute voorwaarde voor opname op een transplantatiewachtlijst.*
*Bij bepaalde patiënten met een ernstige vorm van MMA kan ook een gecombineerde lever-niertransplantatie worden overwogen. Die aanpak heeft als doel zowel de nierinsufficiëntie te behandelen als de onderliggende metabole aandoening beter onder controle te brengen.*

***76 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport du KCE concernant la prise en charge des patients souffrant de fatigue chronique" (56017672C)***
***76 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het KCE-rapport over de behandeling van personen met het chronischevermoeidheidssyndroom" (56017672C)***

*Un rapport du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) conclut que la prise en charge des patients atteints du syndrome de fatigue chronique (encéphalomyélite myalgique) reste insuffisante en Belgique.*

*Le groupe de presse L'Avenir, dans un article intitulé « Fatigue chronique : un retard scientifique » publié le même jour, fait écho à ce constat en évoquant un retard de la recherche clinique et un accès limité aux traitements remboursés pour les patients concernés.*

*Le syndrome de fatigue chronique reste mal reconnu dans plusieurs systèmes de santé européens, faute de biomarqueur diagnostique consensuel, ce qui complique sa prise en charge.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° les principales lacunes identifiées par le rapport du KCE concernant la prise en charge du syndrome de fatigue chronique, et les recommandations concrètes que ce rapport formule?*

*2° Combien de patients sont actuellement diagnostiqués et suivis pour ce syndrome en*

*Belgique, et le niveau de remboursement INAMI actuel des traitements et examens associés ?*

*3° ce que le gouvernement envisage de donner suite aux recommandations du KCE par un élargissement de la nomenclature INAMI ou un financement de la recherche clinique sur cette pathologie, et selon quel calendrier ?*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

*Concernant votre première question, le rapport KCE met en évidence une méconnaissance persistante de la maladie EM/SFC, ainsi qu'un parcours de diagnostique long et complexe. Les patients rencontrent également des difficultés d'accès à l'information et aux soins adaptés. Les recommandations concrètes sont reprises aux pages 18-20 de la synthèse du rapport.*

*Par rapport à votre deuxième question, l'INAMI ne dispose pas de données relatives au nombre de diagnostics. Le rapport KCE mentionne toutefois qu'environ 48.000 personnes vivent avec l'EM/SFC en Belgique. Dans le cadre de la convention EM/SFC, conclue avec l'UZ Leuven, 339 personnes ont bénéficié en 2025 d'un bilan diagnostique multidisciplinaire.*

*Cette convention EM/SFC prévoit une intervention de l'assurance soins de santé pour le bilan diagnostique (749,91 €) et un trajet de thérapie cognitivo-comportementale (92,03 € par séance individuelle). En 2025, les dépenses facturées dans ce cadre se sont élevées à 586.381,65 €.*

*En ce qui concerne votre troisième question, l'INAMI travaille actuellement à l'élaboration d'une nouvelle convention dans le cadre d'un projet transversal. Ces travaux s'inscrivent dans le prolongement de l'expérience acquise avec la convention « long COVID », mais visent à développer un trajet de soins multidisciplinaire pour un groupe cible plus large.*

*Les recommandations du KCE concernant l'encéphalomyélite myalgique / le syndrome de fatigue chronique seront prises en compte dans ce cadre plus large.*

*L'objectif est de lancer, à partir du 1er janvier 2027, un projet pilote prévoyant la mise en place de centres d'expertise. Dans le cadre de ce projet pilote, des trajets de soins multidisciplinaires seront développés, avec une attention particulière portée à la collaboration et à la concertation entre les médecins généralistes, les centres d'expertise et les autres prestataires de soins concernés.*

*Cette convention vise, par la création de centres d'expertise, à mieux structurer les soins afin d'en améliorer l'accessibilité, la coordination et les résultats en matière de santé. Elle a également pour objectif de mettre en place un réseau de centres d'expertise suffisamment développé, en étroite collaboration avec les médecins généralistes et les autres prestataires de soins.*

*La création de ces centres d'expertise doit permettre de concentrer les connaissances et l'expérience relatives à cette problématique complexe, de constituer une masse critique suffisante d'expertise et de poser les bases nécessaires au développement de la recherche scientifique.*

*D'autres mesures éventuelles, telles qu'une adaptation ou un élargissement de certaines prestations de nomenclature existantes, de nouvelles modalités de financement, devront encore être examinées plus avant au sein des organes compétents de l'INAMI et en concertation avec les experts et les parties prenantes concernés.*

***77 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De genetische onderzoeken" (56017735C)***
***77 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les analyses génétiques" (56017735C)***

*Op 12 februari nam ik deel aan het Rare Disease Policy Forum met als thema "Accelerating Rare Disease Diagnosis through Broader, More Equitable Screening", dat onder meer werd georganiseerd door de patiëntenvereniging RaDiOrg. Dankzij de nieuwste generatie genetische sequencing ontstaan er steeds meer mogelijkheden om zeldzame aandoeningen waarvoor een behandeling bestaat reeds in een zeer vroeg stadium op te sporen. België behoort vandaag tot de internationale pioniers op het vlak van genomische neonatale screening, onder meer dankzij het Baby Detect-project, waarvan de resultaten werden gepubliceerd in verschillende toonaangevende internationale wetenschappelijke tijdschriften.*

*Momenteel is deze test volledig ten laste van de ouders en bedraagt de kostprijs 650 euro. Hoewel een mutualiteit en een verzekeringsmaatschappij reeds een gedeeltelijke terugbetaling voorzien, blijft de test voor de meeste gezinnen, ook voor gezinnen met een gekend verhoogd risico, financieel moeilijk toegankelijk. Nochtans kan een genetische screening onmiddellijk na de geboorte een zeer grote impact hebben op de gezondheid van deze kinderen. Een diagnose vóór het optreden van de eerste symptomen maakt het immers mogelijk ernstige gevolgen op het vlak van mortaliteit, morbiditeit en levenskwaliteit te voorkomen.*

*Graag verneem ik het volgende van u:*

1. *Bent u bereid om binnen de RIZIV-nomenclatuur voor genetische onderzoeken een terugbetaling te voorzien voor genomische neonatale testen bij pasgeborenen uit gezinnen met een aantoonbaar verhoogd risico op een behandelbare zeldzame aandoening? Zo ja, binnen welke termijn?*
2. *Welke plaats krijgt vroegtijdige genomische diagnostiek bij risicogroepen in het Plan Zeldzame Ziekten waaraan u werkt?*

***Antwoord - Réponse:***

*1. De terugbetalingscriteria voor genetische tests binnen de RIZIV-nomenclatuur, in het kader van diagnostiek of bij patiënten met een verhoogd risico, worden uitgewerkt volgens de gebruikelijke RIZIV-procedures en in overleg met de betrokken instanties en experten, waaronder van het College voor Genetica. Daarbij wordt rekening gehouden met internationale richtlijnen, Belgische praktijkervaring, klinische meerwaarde, de beoogde doelgroep, organisatorische haalbaarheid, kwaliteitsvoorwaarden, juridische aspecten en budgettaire impact. Eventuele uitbreidingen of aanpassingen van de nomenclatuur worden op basis van die elementen geëvalueerd.*

*2. Het Plan Zeldzame Ziekten 2026-2030 richt zich op de bevoegdheden van de federale overheid. Neonatale screening, met inbegrip van initiatieven rond vroegtijdige genomische screening zoals het Baby Detect - project, behoort tot de bevoegdheid van de deelstaten. Daarom bevat het plan geen afzonderlijke acties over neonatale screening.*

*De evolutie naar een bredere genomische diagnostiek en gezondheidszorg wordt van nabij opgevolgd. Recent werd door de acht centra voor medische genetica hierover een visienota toegelicht aan het Comité voor Zeldzame Ziekten. Voor de aspecten die afstemming met de deelstaten vergen, blijft de federale overheid uiteraard bereid om de dialoog en het overleg verder te zetten.*

***78 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'émergence du private equity dans le secteur de la radiologie" (56017767C)***
***78 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Private-equityspelers in de radiologiesector" (56017767C)***

*Trends documentait, dans son édition néerlandophone de fin juin dernier , une vague de consolidation dans le secteur privé de la radiologie en Belgique, avec une implantation croissante de fonds de private equity dans des groupes dont les prestations sont remboursées par l'assurance-maladie obligatoire.*

*Le private equity (capital-investissement) dans le secteur médical consiste à injecter des capitaux privés dans des entreprises de santé non cotées en bourse.*

*La financiarisation de pans entiers des soins de santé conventionnés — radiologie, mais aussi dentisterie ou ophtalmologie — préoccupe le KCE et Test-Achats quant à son impact potentiel sur les coûts et sur la qualité des soins à moyen terme.*

*En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:*

*1° Si l'INAMI dispose d'un cadastre des structures de propriété des cabinets de radiologie conventionnés, permettant d'identifier la présence de fonds de private equity ?*

*2° si cette financiarisation a un impact mesuré sur les tarifs pratiqués, la fréquence des actes prescrits ou l'accès géographique aux soins de radiologie ?*

*3° le mécanisme de contrôle spécifique envisagé pour encadrer d'éventuelles dérives tarifaires liées à cette consolidation*

***Antwoord - Réponse:***

*Monsieur le Représentant,*

*L'INAMI ne dispose pas d'un cadastre spécifique des structures de propriété des cabinets privés de radiologie conventionnés et n'est pas en mesure d'identifier systématiquement la présence éventuelle de fonds de private equity dans ces structures. Une analyse ciblée des données de facturation pourrait néanmoins permettre d'identifier les médecins spécialistes en radiologie qui attestent des prestations de radiographie, de mammographie ou d'échographie en dehors du cadre hospitalier. Une telle analyse ne permettrait toutefois ni de déterminer la structure actionnariale des cabinets concernés ni d'établir l'existence d'un financement par des fonds de private equity.*

*Dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, l'INAMI intervient exclusivement au niveau du remboursement des prestations de santé et veille au respect des dispositions réglementaires applicables. Les cabinets privés ne peuvent attester, pour remboursement, que certaines prestations d'imagerie médicale, à savoir les radiographies conventionnelles, les mammographies et les échographies. Les examens de CT-scan et d'IRM ne peuvent être remboursés que lorsqu'ils sont réalisés dans des services de radiologie agréés répondant aux conditions réglementaires prévues par la loi sur les hôpitaux.*