

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 5 NOVEMBER 2024

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 5 NOVEMBRE 2024

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.02 uur en voorgezeten door de heer Patrick Prévot.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 02 et présidée par M. Patrick Prévot.

De teksten die in 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 Actualiteitsdebat over het budget voor vroedvrouwen en toegevoegde vragen van

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De middelen voor de vroedvrouwen" (56000435C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De oproep van vroedvrouwen voor meer middelen" (56000634C)

- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vroedvrouwen" (56000646C)

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het budget voor vroedvrouwen" (56000677C)

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De situatie van de vroedkundigen" (56000695C)

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De deconventionering van vroedvrouwen" (56000709C)

- Rajae Maouane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zorgelijke situatie van de vroedvrouwen" (56000726C)

01 Débat d'actualité sur le budget pour les sages-femmes et questions jointes de

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le financement des sages-femmes" (56000435C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'appel des sages-femmes pour des moyens supplémentaires" (56000634C)

- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les sages-femmes" (56000646C)

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le budget destiné aux sages-femmes" (56000677C)

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation des sages-femmes" (56000695C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le déconventionnement de sages-femmes" (56000709C)

- Rajae Maouane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les sages-femmes en détresse" (56000726C)

01.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de vraag over de vroedvrouwen was al langer hangende in onze commissie en het stemt mij tevreden dat we daar vandaag uitgebreid over kunnen discussiëren.

Een op de twee Vlaamse vroedvrouwen geeft aan te willen stoppen met het beroep. De verloning is zeer laag. Veel vroedvrouwen houden aan het einde van de maand slechts 1.400 euro netto over. Dat is echt niet veel. Bovendien worden hun noodkreten al jaren genegeerd, zo klagen zij. Er was in de RIZIV-begroting voor 2024 wel een voorstel voor extra budget, maar dat werd van tafel geveegd. Dat

gebeurt ook nu voor 2025. De budgetten die in 2024 beloofd waren, bijvoorbeeld voor de inrichting van een perinataal zorgtraject voor kwetsbare vrouwen, werden ook nog steeds niet toegekend. In 2025 dreigen ze zelfs nog meer in te boeten, als ook de conventiepremie afgeschaft wordt.

Als reactie op de afkeuring van het RIZIV-budget zijn de vroedvrouwen samengekomen en hebben ze beslist dat ze massaal zullen deconventioneren. Dat is wel ernstig, want dan wordt de factuur naar de patiënten doorgeschoven. Er is minder terugbetaling wanneer de vroedvrouwen niet geconventioneerd zijn en de tarieven zullen ook stijgen. Zo krijgen wij echt een geneeskunde met twee snelheden. Wie het nog kan betalen, zal nog een beroep kunnen doen op een vroedvrouw, maar de meest kwetsbare gezinnen zullen uit de boot vallen.

Ik meen dat de visie precies moet zijn dat de eerstelijnszorg versterkt wordt. Wij hebben nu minder verpleegdagen in de ziekenhuizen. De vroedvrouwen zijn heel belangrijk voor de begeleiding van zwangere vrouwen en van pasgeborenen. We hebben dus wel een groot probleem. De vraag is: wat zult u eraan doen?

De regering in lopende zaken is nu aan zet voor de RIZIV-begroting. Die moet besproken worden in de ministerraad. Wat zult u doen, als bevoegd minister, om ervoor te zorgen dat de onderhandelingen over de RIZIV-begroting voor 2025 in orde komen?

Wat zult u specifiek voor de vroedvrouwen doen? Wat zult u doen om het werk aantrekkelijker te maken? Hoe zult u bewerkstelligen dat er meer collega's bij komen? Hoe zult u hun work-lifebalance verbeteren, nog een vraag van de vroedvrouwen?

Hoe zult u zwangere vrouwen en jonge moeders garanderen dat zij zich tot een vroedvrouw kunnen blijven wenden op een financieel toegankelijke manier?

01.02 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, les sages-femmes jouent un rôle important dans l'accompagnement des femmes et de leurs jeunes enfants durant la période périnatale, du désir de grossesse au premier anniversaire de l'enfant.

Elles ont une nouvelle fois interpellé le monde politique par rapport au manque de financement de leur profession et aux conséquences que cela risque d'entraîner: un nombre insuffisant de sages-femmes pour couvrir les besoins, des soins de qualité moins accessibles aux plus vulnérables, l'apparition de nouvelles travailleuses pauvres et une diminution de la qualité des soins.

On apprend en effet qu'en 2019, un emploi d'indépendante à temps plein pour la nomenclature des sages-femmes est assimilé à un montant brut de 24 977 euros dans le cadre de la nomenclature spécifique aux sages-femmes. Cette situation, qui empêche les sages-femmes de vivre leur profession en tant qu'indépendantes complètes, est interpellante.

Leur profession a également été fortement impactée par le raccourcissement du séjour en maternité en 2014 et par la fin, en 2018, de l'assimilation des sages-femmes aux infirmières.

En raison du manque de refinancement de leur profession, elles n'ont pas soutenu la proposition de budget des soins de santé 2025 au sein du Comité de l'assurance.

Monsieur le ministre, maintenant que la question du budget des soins de santé pour 2025 est entre les mains du gouvernement, comptez-vous agir en faveur des sages-femmes et refinancer cette profession? Comment envisagez-vous le risque de déconventionnement massif des sages-femmes et l'impact que cela aura pour les patientes? La problématique du manque de places de stage pour les sages-femmes est-elle discutée avec vos collègues des Communautés?

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, de federale regering heeft geen akkoord kunnen bereiken met de Algemene Raad van het RIZIV. De voorgestelde maatregelen konden niet worden goedgekeurd en was er geen verhoging van het budget voor de vroedvrouwen.

Vorig jaar heb ik u daar ook een aantal vragen over gesteld. De communicatie tussen uw kabinet en de zorgverstrekkers loopt al een tijdje moeilijk, maar leidt nu tot toestanden waarbij de vroedvrouwen beginnen te protesteren. Ze vrezen dat er volgend jaar opnieuw geen extra middelen beschikbaar zullen

zijn om de levensvatbaarheid van hun beroep te waarborgen en dat de geplande indexering van de tarieven in gevaar komt.

In een algemene vergadering heeft 80 % van de leden van de VBOV gestemd voor het verlaten van het tariefakkoord en dus een deconventionering. We hebben al veel discussies gehad over de conventie en de aantrekkelijkheid ervan voor zorgverstrekkers, maar nu bereiken we wel een hoogtepunt.

Welke stappen zult u ondernemen om tariefzekerheid voor patiënten en vroedvrouwen te waarborgen en binnen welke tijdsperiode? Hoe zult u uit deze impasse geraken? Hoe wenst u de relatie met de vroedvrouwen en de overheid te herstellen, gezien het herhaaldelijke protest en de bezorgdheid binnen de sector? Welke middelen en maatregelen zult u concreet inzetten om de financiële en professionele waardering voor vroedvrouwen te versterken, zodat zij essentiële zorg kunnen blijven bieden en de patiënten ook echt op een toegankelijke en kwalitatief goede zorg kunnen rekenen?

01.04 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, les sages-femmes sont en colère. Comme elles l'ont indiqué dans la carte blanche qu'elles vous ont adressée, elles ne demandent plus seulement une rémunération qui leur permettrait d'être reconnues à la hauteur de leurs responsabilités mais bien une rémunération qui leur permettrait de survivre. Elles estiment que sans refinancement, leur secteur ne sera plus en mesure de garantir la qualité des accompagnements des femmes et de leurs enfants durant toute la période de périnatalité.

Dans un rapport INAMI publié en 2022, il apparaît ainsi qu'un emploi d'indépendante à temps plein pour la nomenclature des sages-femmes est assimilé à un montant brut de 24 977 euros dans le cadre de la nomenclature spécifique aux sages-femmes contre un montant brut de 75 781 euros pour un emploi d'indépendante à temps plein dans la nomenclature en art infirmier.

Au-delà de ces revendications financières, les sages-femmes estiment également ne pas être suffisamment impliquées dans les différents projets et les différentes réformes qui les concernent. Les sages-femmes estiment qu'en étant formées de manière continue, elles font de la prévention, soutiennent la physiologie et dépistent la pathologie. Elles travaillent en collaboration avec les professionnels de la périnatalité, notamment avec les gynécologues, pédiatres, médecins généralistes et ONE, afin d'assurer un suivi des familles en suivant les dernières recommandations et données de la science.

Monsieur le ministre, quelles réponses pouvez-vous aujourd'hui apporter à la colère des sages-femmes? Celles-ci déplorent notamment de ne pouvoir facturer qu'une seule personne alors qu'elles prennent en soins au moins deux personnes en post-natal: la maman et son ou ses bébés. Une révision de la nomenclature doit-elle selon vous être envisagée à cet égard? Quelles avancées devraient être menées pour continuer à garantir un accompagnement périnatal de qualité à l'avenir?

01.05 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, de vorige sprekers hebben het onderwerp reeds duidelijk ingeleid, dus ik ga meteen naar de belangrijke vragen over de werkdruk, de verantwoordelijkheid van de vroedvrouwen en de noodzakelijke betere verloning. Welke stappen zult u ondernemen om dat aan te pakken? De VBOV vraagt 6 miljoen euro als oplossing. Houden de deconventionering en het cascadebeginsel dat hier zou kunnen spelen het risico in dat ook andere zorgberoepen hun tarieven zelf zullen willen bepalen? Bent u bereid om samen met de beroepsorganisaties te zoeken naar een structurele en duurzame oplossing?

01.06 **Rajae Maouane** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, les sages-femmes, ces gardiennes de la vie et de la santé, sont aujourd'hui en détresse. Elles vous l'ont exprimé de diverses manières et plus récemment encore dans une carte blanche, rappelant que leur demande ne se résume plus seulement à une juste reconnaissance mais bien à une question de survie. "Survivre", voilà le terme que ces professionnelles de la santé, pourtant dévouées et indispensables, sont contraintes d'utiliser face à des conditions financières et de travail qui deviennent intenable.

Comme les collègues l'ont dit, sans un refinancement digne de ce nom, elles craignent pour la pérennité de leur métier et, au-delà, pour la qualité des soins apportés aux femmes et aux familles durant la période périnatale. Comment en effet pourraient-elles garantir un accompagnement sûr et humain si, chaque jour, elles peinent à faire face aux exigences économiques et professionnelles de leur fonction?

Un rapport de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) publié en 2022 est à cet égard assez édifiant. Il révèle que la place accordée aux sages-femmes, pourtant en première ligne de la santé, est encore trop loin de ce qu'elles méritent.

Or il ne s'agit pas uniquement de revenus. Les sages-femmes demandent à être écoutées et respectées dans les décisions et réformes qui les touchent, elles et leurs patientes et patients. Elles œuvrent au cœur de la prévention en partenariat avec toute l'équipe périnatale pour offrir un suivi complet et conforme aux recommandations les plus récentes.

Monsieur le ministre, que pouvez-vous dire à ces sages-femmes, à celles qui accompagnent la naissance avec autant de compétence que de passion? Elles déplorent notamment l'impossibilité de facturer pour deux patients qu'elles prennent en charge.

Quelles avancées comptez-vous entreprendre pour leur permettre de poursuivre cette mission essentielle, de donner un avenir au métier et de garantir un accompagnement périnatal humain et de qualité?

Je vous remercie pour l'attention que vous portez à ces questions cruciales pour la santé et la dignité de notre société.

01.07 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, het gaat vandaag over de vroedvrouwen, die mee verantwoordelijk zijn voor de begeleiding van de eerste dagen, weken en maanden van een vrouw en haar pasgeboren baby. Vroedvrouwen zijn belangrijke personen in onze zorgsector, die elke dag hun best doen om gezinnen te begeleiden.

Ik heb wat vroedvrouwen gesproken en zij hebben echt wel wat verzuchtingen. In de vorige legislatuur werd er 7 miljoen euro voorzien in de begroting. Nadien ging dat niet meer door als gevolg van discussies in het Verzekeringscomité. Nu wordt er opnieuw gesproken over beloftes die niet worden gehonoreerd, voor het tweede jaar op rij. Men voelt dus wel een zeer grote frustratie binnen de beroepsverenigingen. Helaas uit zich dat in nog meer dreiging om te deconventioneren binnen die beroepstak en dat is iets waarover we moeten waken. De betaalbaarheid van de vroedvrouwen voor de patiënten moet een realiteit blijven. Het mag geen zorg met twee snelheden worden.

Het is belangrijk om hier opnieuw aan te kaarten dat de vroedvrouwen ook onder de discriminatoire 25 %-regel vallen. Dat is problematisch voor kwetsbare gezinnen, temeer omdat meer dan 80 % van de beroepsgroep vandaag zegt te willen deconventioneren. Dat betekent dat de meest kwetsbare patiënten hiervan de dupe zullen zijn. Cd&v wil daar alert voor blijven.

Kunt u zelf toelichten over welke belofte de vroedvrouwen het hebben als ze zeggen dat ze voor het tweede jaar op rij niet gehonoreerd wordt? Wat zult u zelf ondernemen om de massale deconventiegolf die vandaag wordt aangekondigd door de vroedvrouwen te voorkomen en de financiële toegankelijkheid van zorgverlening te vrijwaren?

Le **président**: Il y a deux autres demandes d'intervention dans le cadre de ce débat d'actualité.

01.08 Jan Bertels (Vooruit): Ik zal aansluiten bij de replieken, mijnheer de voorzitter.

01.09 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, je ne vais pas répéter tout ce qui vient d'être développé parce que nous sommes totalement en accord. Je trouve hallucinant qu'aujourd'hui, dans un pays comme le nôtre, nous nous retrouvons à devoir défendre les droits du corps médical. En l'occurrence, nous parlons de la place d'un métier qui est tout aussi important que le rôle du gynécologue. Nous parlons aussi de la survie du beau métier si précieux qui est celui de sage-femme.

Je vais vous poser directement mes questions, monsieur le ministre.

Il y a un an, une carte blanche vous a été adressée. Vous aviez parlé d'un changement pour la profession et d'une révision de la nomenclature. Je rappelle qu'une sage-femme indépendante gagne trois fois moins qu'une infirmière indépendante. Quel travail a-t-il été effectué ces derniers mois? Que répondez-vous à la colère de toutes ces sages-femmes?

Ma deuxième question porte sur la proposition du budget 2025, qui ne prévoit pour le moment aucune mesure favorable pour le secteur. Quel regard portez-vous donc sur ce faible budget qui est attribué aux sages-femmes?

Ma dernière question est la suivante: quelles seraient vos pistes pour mieux valoriser et reconnaître, comme ses membres le méritent, la profession de sage-femme? Prenons l'exemple de ce qui se passe juste à côté de chez nous, aux Pays-Bas, où elles sont vraiment considérées et impliquées pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant toute la période qui suit.

De **voorzitter**: Vraagt nog iemand het woord? (Nee)

Dan krijgt de minister het woord.

01.10 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, chers collègues, je comprends très bien l'inquiétude, le mécontentement et même la frustration des sages-femmes, que j'ai rencontrées à différentes reprises. Leur réaction est compréhensible. La question des solutions à apporter est absolument légitime. Je suis aussi absolument convaincu qu'il faut placer à l'avenir les sages-femmes à leur juste valeur, bien plus que ce n'est le cas aujourd'hui. En ce qui me concerne, c'est un sujet essentiel dans le chapitre des soins de santé que devra traiter un futur gouvernement. En effet, c'est là qu'il faudra agir sous la législature qui s'ouvre à présent. En tout cas, je vais inscrire ce point à l'agenda.

Par ailleurs, les sages-femmes, tout comme les parents évidemment, ont un rôle crucial à jouer dans une approche intégrée et multidisciplinaire des soins. Elles peuvent remplir une fonction plus importante dans le suivi des grossesses à faible risque, de sorte que les gynécologues peuvent se concentrer davantage sur les grossesses à risque. C'est un débat à creuser. Du reste, nous en avons discuté avec les sages-femmes.

En ce qui concerne le déconventionnement, c'est évidemment un grand risque pour les familles qui ont besoin des sages-femmes et qu'il convient donc d'éviter. Pour moi, c'est la pire des solutions.

J'en arrive maintenant à ce que nous pouvons faire à court terme.

Avant que je ne l'oublie, une question précise a été posée à propos des places de stage pour les sages-femmes. Contrairement aux médecins, aux dentistes et aux pharmaciens, pour lesquels la formation est scindée entre la formation de base et un stage professionnel, les sages-femmes disposent seulement d'un diplôme de base, dont le stage fait partie intégrante. Par conséquent, cela ressortit totalement aux Communautés. Bien entendu, je peux me renseigner auprès de mes homologues communautaires responsables de l'Enseignement pour en savoir plus, mais c'est un peu différent du genre de débat que nous pouvons avoir, par exemple, au sujet des médecins, puisqu'il s'agit d'une question entièrement tributaire de l'enseignement.

Ik wil even de historiek meegeven. De vertegenwoordigers van de vroedvrouwen zeggen inderdaad al geruime tijd dat ze een herwaardering van hun beroep willen, onder andere op financieel vlak. Zoals mevrouw Farih heeft gezegd, is er een eerste discussie geweest, waarbij men gewag had gemaakt van de mogelijkheid om structureel 7 miljoen euro extra te krijgen. Daar is niet aan tegemoetgekomen. Vervolgens hebben we aan de vroedvrouwen gezegd dat we graag in debat wilden gaan over hun rol in de toekomst, vertrekkende van de realisatie van een geïntegreerd zorgprogramma voor de eerste 1.000 dagen voor kwetsbare moeders en hun kinderen.

Il s'agit d'un trajet de soins intégrés lors des premiers mille jours pour des mères vulnérables et leurs enfants, avec les entités fédérées.

Ik heb inderdaad gezegd dat ik dat een heel belangrijke opstap vond naar een breder debat en ook bredere initiatieven om de positie van de vroedvrouwen te herwaarderen. Het is juist dat dat lang op zich heeft laten wachten. De reden daarvoor is dat we hebben moeten onderhandelen met de deelstaten. Het overleg is in Oost-België, in het Brusselse Gewest en in Wallonië reeds opgestart. In Vlaanderen heeft dat erg lang geduurd. Ik moet zeggen dat dat mij ook wel wat frustreerde. Ik wil echter altijd positief zijn en ik hoop dat we met de nieuwe Vlaamse regering erin zullen slagen om voor het einde van het jaar ook dat geïntegreerde zorgprogramma voor kwetsbare moeders en hun kinderen op

and running te hebben. Dat is een federale investering van 11 miljoen euro.

Ik zal er wel meteen iets aan toevoegen omdat ik ook eerlijk wil zijn ten aanzien van de vroedvrouwen, die hier zelf het woord niet kunnen nemen. Ik zal zeggen wat zij daarover zeggen, want dat lijkt mij maar eerlijk en correct. Zij zeggen dat het interessant werk is. Het is een activiteit, het is werk, maar ze verdienen gewoon te weinig voor wat ze doen.

Ik zal dat zeker niet ontkennen. Vandaar dat ik mij ook ertoe had geëngageerd om in de slipstream van de lancering van een dergelijk perinataal zorgprogramma voor kwetsbare moeders een gesprek te vinden over een veel breder, universeel toegankelijk perinataal zorgprogramma voor alle moeders, pasgeborenen en gezinnen, waarbij vroedvrouwen een belangrijkere en structureel goede rol zouden kunnen spelen. Er zijn ook al ideeën geopperd in de contacten tussen de vroedvrouwen en mutualistische organisaties over welke vorm dat zou kunnen aannemen, bijvoorbeeld ook financieel. Dat gesprek is eigenlijk nog niet echt formeel opgestart, omdat de opstart van het perinatale zorgtraject voor kwetsbare moeders tot mijn teleurstelling meer tijd heeft genomen dan ik had gewild, en omdat de regering ondertussen in lopende zaken zit, een situatie die helaas aansleept.

Heel concreet hoop ik dus dat we niet alleen in Oost-België, Wallonië en Brussel dat perinatale zorgtraject voor kwetsbare moeders up and running hebben voor het einde van het jaar, maar ook in Vlaanderen. Dat lijkt mij belangrijk.

Ik wil ook samen met de vroedvrouwen informeel – we zitten nu eenmaal in een periode van lopende zaken – nadenken over een veel bredere stap, die ook een echte financiële herwaardering inhoudt, gekoppeld aan een geïntegreerd zorgprogramma waarin vroedvrouwen ook een belangrijke eigen en sterkere rol kunnen spelen. De echte uitwerking en de lancering van zo'n programma, met de te nemen beslissingen daarrond, is vanzelfsprekend materie voor een nieuwe regering.

Dat brengt me op het punt waar we vandaag staan. Ik had het niet toevallig over onrust bij de vroedvrouwen, waarin zij overigens jammer genoeg niet alleen staan. Het allereerste wat dient te gebeuren, vooraleer we eender wat in het vooruitzicht kunnen stellen voor de vroedvrouwen, is de opmaak van de begroting voor 2025. Ik vind dat ook een regering in lopende zaken een begroting moet maken.

Ik heb ter zake een eerste voorstel voorgelegd aan mijn collega-ministers van de regering in lopende zaken. Dat voorstel respecteert de grote principes en evenwichten van het voorstel dat geformuleerd werd door het Verzekeringscomité. Zoals het voorstel er nu uit ziet, houdt het nog niet direct een bijkomend positief element in voor de vroedvrouwen, maar het houdt alleszins wel de garantie in van de indexering van alle honoraria. Dat lijkt mij wel een minimum minimorum voor de vroedvrouwen en ook voor andere zorgverleners.

Mijn eerste opzet, tevens mijn bede aan mijn regeringscollega's en leden van de meerderheid op alle banken, is dat we nu de discussie over de begroting 2025 van de ziekteverzekering in de regering voeren en besluiten. Door de opstelling van een begroting 2025 voor de ziekteverzekering kunnen we aan de vroedvrouwen de zekerheid bieden dat hun honoraria worden geïndexeerd, want zonder begroting is het zelfs onzeker hoe we de indexering kunnen toepassen. Mijn eerste punt is dus de vraag om het gesprek over de begroting in de regering op te starten en ook te besluiten. Ook een regering in lopende zaken draagt immers verantwoordelijkheden.

Ik zal niet vooruitlopen op wat we verder kunnen doen in 2025 en later, omdat ik nu moet ageren in een zeer onzekere politieke situatie: lopende zaken, uitzicht op onderhandelingen, onduidelijkheid over waar we staan. Dat is heel vervelend en frustrerend voor de vroedvrouwen. Ik wil ervoor pleiten, voor zowel de vroedvrouwen als de andere zorgverleners, dat wij in de eerste plaats de hele regeringsmeerderheid ervan proberen te overtuigen om de begroting af te kloppen, waarna we samen nadenken over mogelijke verbeteringen aan de situatie van de vroedvrouwen.

01.11 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik hoor vooral dat een toekomstige regering erg veel zal moeten doen en dat uw inspanningen in lopende zaken er vooral op gericht zijn om de begroting in orde te krijgen, wat betekent het minimum minimorum, met name een indexering. Dat gaat niet over bijkomende middelen, noch krijgen de vroedvrouwen zekerheid over het behoud van de conventiepremie, terwijl het net dat is wat zij vragen.

De regering heeft de begroting verworpen en moet nu haar verantwoordelijk nemen. U zegt nu dat de regering het minimum minimorum zal doen, waarna een volgende regering de rest moet behartigen. U zegt de frustratie van de mensen te begrijpen, maar dat het nu eenmaal zo is. Dat is niet echt uw verantwoordelijkheid nemen, mijnheer de minister. Alle vroedvrouwen en de patiënten die de factuur voorgeschoteld krijgen, ontvangen het antwoord dat de regering helaas in lopende zaken is.

01.12 Nawal Farih (cd&v): Het zal een moeilijk debat worden in de komende weken, zeker nu we horen dat er een deconventioneringsgolf zal plaatsvinden. Mijnheer de minister, de vroedvrouwen zijn inderdaad zeer teleurgesteld. Hun brutoloon bedraagt soms maar 30.000 euro, terwijl het beroep van groot belang is om jonge gezinnen, moeders en pasgeborenen te begeleiden. Ik dring erop aan te onderzoeken welke stappen u kunt ondernemen, met de sector samen te zitten om naar de verzuichten te luisteren en daarna snel te schakelen.

01.13 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je veux simplement rappeler que la fonction de sage-femme existe depuis la nuit des temps, bien avant la fonction de médecin et d'infirmière. Il me paraît donc impensable voire ridicule dans nos soins de santé, dans un questionnement sur leur efficience, tant en termes de qualité que d'analyse de leur coût, qu'on puisse se passer d'acteurs aussi importants dans la vie de notre population que sont nos accoucheuses.

Je tiens également à rappeler que nous subissons déjà une pénurie médicale globale qui risque de s'aggraver dans les années à venir et que de nombreux gynécologues abandonnent la prise en charge obstétricale. Dans de nombreux pays européens, tels que l'Angleterre, ce sont les sages-femmes qui assurent la grande majorité des accouchements. Si nous ne trouvons pas une solution pour valoriser cette fonction de sage-femme, nous risquons aussi à très court terme d'avoir des services de maternité qui se ferment non plus à cause du manque de naissances mais bien du fait d'un manque de personnel qualifié que sont nos sages-femmes. Ne les oublions donc pas dans la future réforme des soins de santé et surtout dans la réforme de la nomenclature.

01.14 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is inderdaad frustrerend voor de vroedvrouwen. Eerst was er covid en daarna was het Vlaanderen dat ervoor zorgt dat u niet vooruit raakt in dit dossier. Het zal misschien ook aan de volgende regering liggen.

Waar draait het eigenlijk om? De vraag is gesteld. Zelfstandige zorgverstrekkers zeggen dat zij niet rondkomen en niet gewaardeerd worden in de materniteitszorg, die zo belangrijk is. Er zijn ook al vaak discussies geweest met de gynaecologen, voor wie de honoraria ook zeer precair zijn. Vragen zijn gesteld, beloftes zijn gedaan, hoop is gegeven – de perinatale zorg kan heel belangrijk zijn – maar er is gewoon niet geraakt aan het structurele kader voor de zorg die vroedvrouwen kunnen geven en dat zorgt voor frustratie. De N-VA heeft u al heel vaak gewaarschuwd voor deconventioneringsgolven en nu hebt u het zitten. Ga in dialoog, zorg ervoor dat de zorgverstrekker verzorgd wordt en dat hij of zij kan zorgen voor zijn of haar patiënten.

01.15 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je ne suis malheureusement pas très rassurée par votre réponse même si je la comprends en partie vu votre position de membre d'un gouvernement en affaires courantes. En l'état, on voit que vous pouvez difficilement répondre à court terme aux défis qui se posent à cette profession à ce point importante qui est celle de sage-femme et ainsi redonner quelques perspectives au secteur.

De manière générale, on sait que la norme de croissance du budget actuel des soins de santé sera insuffisante pour faire face aux besoins de la population mais aussi à ceux des différents secteurs de la santé dans les prochaines années. Il est donc pour nous crucial de faire de ce budget une priorité afin que la qualité de nos soins ne se dégrade pas et que le personnel soignant puisse continuer à travailler dans de bonnes conditions. Or, aujourd'hui, nous en sommes bien loin: le budget des soins de santé est toujours bloqué, dans l'attente d'un gouvernement de plein exercice que l'on ne voit toujours pas venir. Je partage donc votre inquiétude à ce sujet vu les conséquences dramatiques pour le secteur qui risquent de survenir.

01.16 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik had al enige tijd geleden een vraag gesteld over de stand van zaken in de uitrol van de interfederale perinatale zorg. Het ondersteuningsprogramma komt

later vandaag nog aan bod. Dat is er hier nog niet door geraakt. U zegt dat Vlaanderen achterophinkt. Daarom is het gesprek over het universele programma voor alle mama's nog niet opgestart.

Ik ben het eens met wat de collega van cd&v zegt, het is zeer belangrijk om te doen wat u in lopende zaken al kunt doen, namelijk het gesprek aangaan en alle voorbereidingen treffen, zodat er later snel zal kunnen worden geschakeld.

01.17 Rajae Maouane (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je suis assez rassurée que vous comptiez mettre ce point à l'ordre du jour du prochain gouvernement. Cependant, je dois avouer que vos réponses me laissent un peu sur ma faim. En attendant le prochain gouvernement, les sages-femmes continuent à se sentir déconsidérées par rapport aux autres professions médicales, et les propositions que vous mettez sur la table n'apportent pas de solution rapide. Or, on connaît l'urgence de la situation. En effet, la réalité, aujourd'hui, est que pour permettre aux sages-femmes de s'en sortir et de vivre dans des conditions décentes, ce sont les patientes qui doivent trinquer.

Il faut aussi que le travail des sages-femmes soit respecté, valorisé. C'est d'ailleurs leur demande. Au niveau de la périnatalité, les sages-femmes sont au cœur de la première ligne de soins, tant physiques que mentaux, et ce tant pour la maman que pour les enfants, voire pour toute la famille. En fait, il y a un vrai souci avec la manière dont la maternité et la santé des femmes sont considérées dans ce pays, mais on compte sur vous puisque vous vous êtes engagé à porter ce point lors du prochain accord de gouvernement.

01.18 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, collega's, ik hoor hier in de commissie voor Gezondheid een heel breed draagvlak bij de commissieleden voor iets wat de Vooruitfractie wil blijven doen, namelijk investeren en hervormen. Dat betekent ook investeren in de vroedvrouwen, in hun rol in het zorgproces en in de erkenning en herwaardering van hun beroep.

Mijnheer de minister, ik hoor hier ook een breed draagvlak voor hervormingen. We moeten komen tot een zorgpadfinanciering en de uitrol van een universeel perinataal zorgprogramma. Ik nodig u uit om daarover al overleg te starten met de organisaties van vroedvrouwen, die dat proces ook genegen zijn.

Collega's, ik hoop bovendien dat iedereen dat ook buiten zal vertellen, ook aan zijn collega's in hetzij de regering in lopende zaken, hetzij in de eventuele volgende regering. Ik hoor hier een heel breed draagvlak voor het geven van perspectief aan de vroedvrouwen. Laten we, zoals door vele sprekers is aangehaald, dan ook beginnen met het weghalen van de onrust over de indexering en het goedkeuren van een begroting 2025 voor het RIZIV.

Mijnheer de minister, de regering in lopende zaken is aan zet. Iedereen vraagt dat het hier vooruit zou gaan. Laat dus de regering in lopende zaken ook vooruitgaan. Geef die boodschap aan uw collega's, die daar mee over beslissen.

De Vooruitfractie is heel graag en met volle goesting bereid om de vroedvrouwen perspectief te geven, ook al voor de begroting 2025. Iedereen vraagt daarnaar. De Vooruitfractie zal die vraag volmondig steunen.

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

02 Actualiteitsdebat over de ereloonsupplementen en toegevoegde vragen van

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stijging van de ereloonsupplementen bij ziekenhuisopnames" (56000633C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen in ziekenhuizen" (56000644C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ereloonsupplementen bij ziekenhuisopname" (56000670C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De supplementen bij ziekenhuisopname" (56000694C)
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De IMA-rapporten over gefactureerde ziekenhuiskosten en ereloonsupplementen (gegevens 2023)" (56000654C)

02 Débat d'actualité sur les suppléments honoraires et questions jointes de

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La hausse des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation" (56000633C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires dans les hôpitaux" (56000644C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments d'honoraires lors d'une hospitalisation" (56000670C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les suppléments réclamés aux patients hospitalisés" (56000694C)
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les rapports de l'AIM sur les frais hospitaliers et suppléments d'honoraires facturés (données 2023)" (56000654C)

02.01 Nawal Farih (cd&v): Uit de nieuwe ziekenhuisbarometer van het Intermutualistisch Agentschap blijkt een grote toename van de ereloonsupplementen in 2023. Patiënten moesten soms tot 300 % meer aan supplementen betalen dan het effectieve bedrag van de ingreep. Voor bijvoorbeeld een ingreep die 150 euro kostte, betaalde de patiënt tot 450 euro extra aan ereloonsupplementen. In 2022 ging het om een gigantisch bedrag aan ereloonsupplementen dat alle patiënten samen hebben moeten betalen. In 2023 komt daar opnieuw een bedrag bij.

Ik wil enkele opvallende cijfers vermelden waarvan ik sterk onder de indruk was. 44.000 patiënten betaalden meer dan 3.000 euro aan ereloonsupplementen voor een klassieke opname. 3.000 patiënten moesten 10.000 euro bijbetalen. 26 van hen moesten zelfs meer dan 30.000 euro aan supplementen betalen. Dat zijn echt gigantische bedragen, zeker omdat 2 miljoen Belgen geen hospitalisatieverzekering hebben. Men moet maar eens een van die 2 miljoen Belgen zijn en een factuur van 30.000 euro voorgeschoteld krijgen! Niet iedereen heeft de portemonnee om dat te overleven. Kwaliteitsvolle gezondheidszorg is een basisrecht, maar betaalbare gezondheidszorg hoort er voor mij en de cd&v-fractie zeker bij.

Er zijn twee belangrijke vraagstukken of thema's die we binnen deze problematiek moeten bespreken.

Ten eerste, de herijking van de nomenclatuur, om ervoor te zorgen dat die ereloonsupplementen overbodig worden. Mijnheer de minister, wij weten dat u zich hier de laatste jaren over hebt gebogen. Hoe ver staat men met die herziening? Wanneer zal men daarmee landen? Hoeveel tijd hebt u nog nodig?

Ten tweede, het KB rond de standstill van de maximumplafonds voor de ereloonsupplementen. Eind 2024 loopt die standstill af. Hoe zal daarmee worden omgegaan? Kunnen we dat met een regering in lopende zaken met een twaalfde verlengen? Het is belangrijk dat daarin de nodige stappen worden gezet, ook in lopende zaken. De patiënt is hier immers de dupe en zal de factuur moeten ophoesten. Ik weet niet of iedereen dat aankan.

02.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de standstill die in januari 2022 werd ingevoerd, zorgde ervoor dat het maximumpercentage van de ereloonsupplementen niet kon worden verhoogd. Toch is er volgens het IMA een stijging in de aangerekende supplementen ten opzichte van vorig jaar. Als we de beschikbare gegevens nader bekijken, zien we dat het percentage aan ereloonsupplementen in 2023 inderdaad hoger is dan in 2022, maar gelijk aan 2021. In 2020 was het percentage duidelijk lager, maar dat was wellicht toe te schrijven aan de coronapandemie. Toen werd er 17 % aangerekend

als ereloonsupplement. In de jaren ervoor schommelden de ereloonsupplementen rond de 18 of 19 %. Daar lijkt er dus niet heel veel verandering te zijn.

Er zijn wel heel grote interhospitaalverschillen wat betreft de aangerekende ereloonsupplementen en ook duidelijke gewestelijke verschillen. In Brussel bedragen de supplementen gemiddeld 32 %, in Wallonië 20 % en in Vlaanderen 15 % van de totale erelonen. Voor de verblijven waar supplementen worden aangerekend, zijn die veel hoger in Brussel en Wallonië dan in Vlaanderen, met gemiddeld 150 % en 124 %, tegenover 88 %.

Aangezien het percentage van ereloonsupplementen niet echt veranderd is als we het over verschillende jaren bekijken, vraag ik me af welk effect die standstill volgens u precies heeft gehad. Is dat het gewenste effect? Kunt u dat überhaupt controleren?

Welk aandeel van de supplementen vloeit terug naar het ziekenhuis en dient dus voor de ziekenhuisfinanciering? Hoe groot is de totale massa aan supplementen voor de verschillende gewesten en hoeveel is dat gemiddeld per ziekenhuisopname? Welk aandeel van deze supplementen wordt vergoed via een verzekering? Hoe verklaart u de grote verschillen tussen ziekenhuizen en gewesten?

02.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ook wij schrokken van de cijfers die werden aangehaald. Sommige mensen moesten meer dan 10.000 euro opleggen. Door die stijging van de supplementen nemen de uitgaven in de gezondheidszorg voor de patiënten enorm toe. In België komt een vijfde van de uitgaven uit de zak van de patiënt. Ons land is op dat vlak een uitschieter ten opzichte van andere Europese landen. Dat moet zeker aangepakt worden, want gezondheid moet inderdaad een basisrecht zijn. Er mag dus geen geneeskunde met twee snelheden zijn.

Het is ook een willekeurig systeem. Artsen en ziekenhuizen beslissen zelf of ze ereloonsupplementen aanrekenen en hoeveel. Sommige ziekenhuizen doen het zonder supplementen. Wij hebben echter absoluut geen zicht op hoeveel de artsen effectief afdragen aan de ziekenhuizen.

Dat zorgt voor een gezondheidszorg met twee snelheden. Er is een snelle geneeskunde voor wie de middelen heeft om supplementen te betalen of om een privéhospitalisatieverzekering te nemen. De 2 miljoen Belgen die er geen hebben, worden geconfronteerd met zorguitstel of ellenlange wachtlijsten.

De maatregelen die de regering al nam zijn onvoldoende, want we zien dat de ereloonsupplementen toenemen. Er is nog steeds ongelijke geneeskunde. Er zijn mensen die worden gepusht om 's nachts een scan te laten doen, omdat er dan nog wel supplementen zijn en omdat er lange wachtlijsten zijn.

Wat vindt u van de maatregelen die werden genomen de afgelopen legislatuur? In het regeerakkoord van Vivaldi stond dat de groei van ereloonsupplementen gereguleerd, gestabiliseerd en vervolgens afgebouwd zou worden. We zien nu echter alleen maar toenames.

Hoe wilt u vermijden dat de ereloonsupplementen in de toekomst verder stijgen?

Ziet u een oplossing in de volledige afschaffing van de ereloonsupplementen, zoals ook Zorgnet-Icuro voorstelt?

02.04 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, selon la dernière étude de l'Agence InterMutualiste (AIM), les montants réclamés aux patients hospitalisés ont encore fortement augmenté en 2023. La part des suppléments d'honoraires des médecins y a encore davantage progressé alors que les suppléments d'honoraires ont été plafonnés en 2022. Le montant facturé aux patients est passé de 1,375 milliard d'euros en 2022 à 1,509 milliard d'euros en 2023, soit une augmentation de 9,7 %. Sur cette facture, la part des suppléments et des paiements non remboursables a augmenté plus rapidement que celle des tickets modérateurs. Ils représentent 70 % des montants facturés aux patients.

L'AIM relève que pour les hospitalisations classiques, un séjour sur cinq fait l'objet de suppléments d'honoraires. Quant aux hospitalisations de jour, seulement une sur quatorze fait l'objet de suppléments d'honoraires.

Au-delà de ces chiffres globaux, les montants à charge de certains patients en particulier sont spectaculaires. Je ne vais pas les citer à nouveau car ils ont déjà été parcourus par notre collègue Farih. Je tiens cependant à dire que nous relevons quand même des montants qui dépassent, dans certains cas, les 30 000 euros à charge du patient pour des hospitalisations classiques. Ces montants sont évidemment impossibles à prendre en charge quand le patient ne dispose pas d'une assurance complémentaire hospitalisation. C'est donc vraiment inquiétant en termes d'accessibilité aux soins.

Monsieur le ministre, comment expliquer cette hausse des suppléments au vu du plafonnement intervenu en 2022? Quelles nouvelles mesures devraient, selon-vous, être prises pour protéger les patients hospitalisés de ces suppléments d'honoraires et éviter ainsi le développement d'une médecine à deux vitesses, entre ceux disposant d'une assurance complémentaire et ceux qui n'en n'ont pas? Devrait-on imposer davantage de transparence sur les taux de rétrocession des médecins pour déterminer l'utilisation précise de ces suppléments? La situation financière difficile de nombreux hôpitaux peut-elle expliquer cette situation? Où en est-on aujourd'hui dans la réforme du financement hospitalier et dans la réforme de la nomenclature? Quelles seront les prochaines avancées à mener de toute urgence?

02.05 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van een ziekenhuis blijven voor onze fractie van essentieel belang. U hebt ongetwijfeld kennisgenomen van niet een, maar twee door het Intermutualistisch Agentschap opgestelde rapporten.

Het eerste rapport betreft de inventaris van de aan de patiënten gefactureerde ziekenhuiskosten. Het tweede rapport, waar de collega's naar verwezen, handelt over de monitoring van de ereloonsupplementen op vergoedbare medische prestaties tijdens ziekenhuisopnames, gebaseerd op gegevens uit 2023.

De rapporten geven een inzicht in de bestaande verschillen in bedragen en percentages tussen de ziekenhuizen, maar ook naargelang van de ingrepen, die toch bijzonder verschillend zijn.

Er kan ook worden vastgesteld dat de zogenaamde standstill een effect heeft, maar niet een volledig nuleffect, zoals aangegeven.

Hoe kijkt u naar de gerapporteerde cijfers over het jaar 2023? Bent u het eens met de aanbevelingen die geformuleerd worden dat er nog meer transparantie moet komen ten voordele van de patiënt omtrent de factuur die hij uiteindelijk zal moeten betalen? Er bestaat nog veel onzekerheid over het finale bedrag dat hij zal moeten betalen. Hoe ver staat het met de verplichting voor de ziekenhuizen om meer gegevens bekend te maken daaromtrent? Die oefening was bezig. Zijn er nog gesprekken lopende tussen de betrokken actoren met betrekking tot een verdere verlenging van de standstill? Hebt u weet van een bevraging van de ziekenhuizen door de actoren omtrent de wijze van financiering van de ziekenhuizen en de zogenaamde afdrachten van de ziekenhuisartsen ten voordele van de ziekenhuizen?

02.06 Frank Vandenbroucke, ministre: Chers collègues, je ne vais pas répéter le bilan qui a été fait par Mme Farih, Mme Gijbels, Mme Désir sur l'évolution – qui n'est pas acceptable –, la facture que cela représente pour une catégorie significative de patients, la disparité au niveau des suppléments présentés aux patients et la disparité entre hôpitaux, que Mme Gijbels a soulignée à juste titre. Cela met en évidence que demander des suppléments d'honoraires n'est pas une loi de la nature. Il y a des réalités très différentes, des cultures très différentes entre les hôpitaux.

Het eerste wat ik wil beklemtonen, is dat we in de voorbije legislatuur de eerste acties hebben gericht op het vragen van ereloonsupplementen in de ambulante sector. U zult dat weten. Wij hebben voor artsen, huisartsen en artsen-specialisten een bepaling laten goedkeuren en omgezet in besluiten in de ministerraad, waardoor er voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming in twee stappen – een stap volgend jaar en een volgende stap in 2026 – op geen enkele manier nog een ereloonsupplement zal kunnen worden gevraagd, of men nu geconventioneerd is of niet. Het is belangrijk dat we die acties nemen in de ambulante sector, omdat artsen-specialisten in de ziekenhuizen soms weleens kijken naar wat er aan supplementen kan worden gevraagd wanneer ze ambulant zouden werken.

Ten tweede, we hebben ook maatregelen genomen ten aanzien van het vragen van ereloonsupplementen bij zware medische beeldvorming. De gegevens die ik heb gekregen van

alleszins één mutualiteit tonen aan dat dit globaal tot een daling van het aanrekenen van supplementen heeft geleid. Dat is op zich niet perfect, maar het is zeker wel een stap vooruit.

Ten derde, we hebben ook, zoals de heer Bertels heeft gezegd, een transparantieplichting in de ambulante sector waaraan we verder moeten werken. Die laat ons immers toe om de gegevens over wat de supplementen precies zijn goed op een rijtje te krijgen. We hebben reeds een transparantieplichting in de ziekenhuizen. Ook daar willen we een verdergaande analyse van wat die supplementen zijn en waarvoor ze worden gebruikt. Zo ver zijn we vandaag nog niet, dat is *work in progress*.

Voor de ziekenhuizen vind ik dat de evolutie niet aanvaardbaar is. De eerste vraag is inderdaad wat de impact is geweest van de bevestiging van het maximumpercentage per ziekenhuis, die we hebben doorgevoerd in onderlinge afspraak met de artsen, met de vertegenwoordigers van de ziekenhuisbeheerders en de mutualiteiten. Ik denk dat dit goed geweest is, maar dat sluit niet uit dat men binnen een ziekenhuis nog een verhoging van het gevraagde supplement krijgt, als men nog niet aan dat maximum zit. Mevrouw Gijbels, ik kan u niet heel precies zeggen wat de impact daarvan geweest is, omdat dit zeer verschillend zal zijn van ziekenhuis tot ziekenhuis. Men weet natuurlijk niet wat er gebeurd zou zijn als we die maximumpercentages niet zouden hebben bevestigd.

Laten we het zeggen zoals men dat in het jargon doet: de *counterfactual*, het alternatieve scenario waarin we dat niet zouden hebben gedaan, hebben we niet aan het werk gezien. Ik ga ervan uit dat dit een remmende invloed heeft gehad, maar zoals u hebt gezegd heeft die remmende invloed niet belet dat het vragen van supplementen in ziekenhuizen nog is toegenomen. Ik denk dus dat we verder moeten gaan. Op dit ogenblik – ik herhaal het – is het mijn allereerste bekommernis dat men zowel de beheerder als de artsen-specialisten in de ziekenhuizen moet kunnen garanderen dat er een budget voor 2025 is. Ik vraag mijn collega's in de regering om daarvoor te zorgen, op basis van de voorstellen die ik heb ingediend. Als ik de artsen-specialisten en de ziekenhuizen geen budget kan garanderen, hoe kan ik dan met hen spreken over de standstill inzake supplementen? U zult begrijpen dat dit wel bijzonder moeilijk is op dit moment.

Ten tweede, wat moeten we voor de toekomst doen? Mevrouw Farih, u hebt er terecht op gewezen dat sommige supplementen bij ziekenhuisopname echt wel exorbitant zijn. Er moet dus een beperking komen, ook in de ziekenhuizen, op de supplementen, zowel op de percentages als op de absolute bedragen. Dat is cruciaal voor een regeerprogramma in de volgende legislatuur. Mevrouw Farih, onderliggend is een hervorming van de financiering van de ziekenhuizen essentieel, opdat die op een rechtstreekse manier adequaat en volledig gefinancierd worden voor wat ze nodig hebben aan uitrusting, personeel en materieel, zonder dat ze afdrachten moeten vragen aan artsen die honoraria opstrijken. Zo wordt die carroussel stopgezet.

Daarnaast meen ik dat een herijking van de nomenclatuur, waarbij de vergoeding voor de arts-specialist louter een zuivere vergoeding is voor zijn intellectuele prestatie, het debat over het vragen van supplementen natuurlijk ook in een heel ander licht zal stellen. Die supplementen zullen dan immers uitsluitend op dat professionele gedeelte kunnen worden gevraagd. Als de nomenclatuur goed in evenwicht is gebracht, met een correcte vergoeding voor artsen-specialisten en een onderling billijk vergoedingssysteem, zal het bovendien wat moeilijker uit te leggen worden waarom men per se supplementen nodig heeft. Wat dat betreft hebt u helemaal gelijk.

Een verdere strenge aanpak van de supplementen is mede geconditioneerd door een fundamentele hervorming van de nomenclatuur, van het vergoedingssysteem en van de ziekenhuisfinanciering. Ik denk dat wij de weg die we ingeslagen zijn in de vorige legislatuur, waarin we ons vooral hebben toegespitst op de ambulante sector en op transparantie in de ambulante sector en de ziekenhuissector – met een standstill waarvan ik denk dat hij wel effect heeft gehad, maar die in de feiten inderdaad een stijging niet heeft tegengehouden – met dubbele kracht verder moeten bewandelen in de nieuwe legislatuur.

02.07 Nawal Farih (cd&v): Mijnheer de minister, ik was ook gecharmeerd door de vragen van mevrouw Gijbels. We moeten ons inderdaad afvragen of die standstillprincipes op het terrein effectief het resultaat dat we probeerden te bewerkstelligen, hebben opgeleverd.

Ik hoor u zeggen dat we vooral op die ambulante zorg hebben gewerkt, maar ik wil u toch herinneren

aan het debat over de privéklinieken in de vorige legislatuur. We zien dat er daar nog steeds heel wat ereloonsupplementen aan de factuur worden toegevoegd. Ik heb toen ook een voorstel gedaan voor een gedifferentieerd terugbetalingssysteem tussen behandelingen die extramuraal plaatsvinden en behandelingen die in een algemeen ziekenhuis plaatsvinden, zodat we de patiënt kunnen helpen om de juiste keuze te maken. Ik weet echter niet of u daar iets mee hebt kunnen doen. Extramurale behandelingen brengen ook kosten met zich mee en we willen niet dat door de prijs te drukken aan de kwaliteit voor de patiënt wordt geraakt. Er moet dus een goed evenwicht worden gevonden. Ik herinner u dus graag aan mijn voorstel voor een gedifferentieerd terugbetalingssysteem, dat patiënten een kwaliteitsvolle zorg moet garanderen, zonder dat zij dat te zeer in hun portemonnee voelen.

We hebben nog heel wat werk te verrichten en ik hoop dat we kunnen landen met een goede nomenclatuurherijking die kan rekenen op de instemming van alle zorgverstrekkers en die zowel de zorgverstrekkers tevreden stelt als onze patiënten beschermt.

Ik heb van u geen timing gehoord, dus ik vermoed dat u daar nog druk mee bezig bent. Hoe dan ook, de druk op de ketel stijgt en we moeten zeker voortwerken aan de bescherming van de patiënten.

02.08 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, we zijn het er allemaal over eens dat er iets moet geburen aan de supplementen in de ziekenhuizen, maar we zijn nooit een grote fan geweest van de bevrozing van de supplementen zonder dat er eerst transparantie is en zonder plan van aanpak voor de ziekenhuisfinanciering.

We kunnen besluiten dat de bevrozing van de supplementen op dit ogenblik geen objectief effect heeft en des te erger, niet controleerbaar is. We weten bijvoorbeeld nog steeds niet goed hoeveel supplementen er terugvloeien naar de ziekenhuizen. Om die redenen is die maatregel volgens mij problematisch en treft die bovendien vooral de ziekenhuizen die altijd zuinig zijn omgesprongen met hun supplementen, aangezien die op dit moment worden vastgezet.

De grote verschillen tussen de ziekenhuizen blijven onuitlegbaar. Ik heb geen antwoord gekregen op de vraag naar de totale massa aan supplementen voor de verschillende gewesten.

Ik heb evenmin een antwoord gekregen op de vraag hoeveel van die supplementen door privéverzekeringen vergoed worden. Ook daar ligt een grote uitdaging om aan te pakken. Het gaat om honderden miljoenen die op dit moment via een alternatief circuit worden gefinancierd, via een privé-circuit. Als we dat met gemeenschapsmiddelen, met belastinggeld, moeten financieren, dan zal er toch een groot plan van aanpak moeten komen, maar daarover heb ik tot nu toe maar heel weinig gehoord. Dat lijkt mij toch nog een uitdaging, terwijl ik had gehoopt dat dat probleem als eerste zou worden opgelost.

02.09 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik denk dat het goed is om hier te benoemen wat het probleem is. Veel mensen zijn bezorgd over de toegankelijkheid van onze zorg. Er zijn wel enkele maatregelen genomen, maar volgens mij tonen de cijfers aan dat de opgelegde beperkingen, hoe goedbedoeld ook, het probleem niet fundamenteel hebben opgelost. We zien immers een verdere toename. Hetzelfde geldt voor de toegankelijkheid. U sprak bijvoorbeeld over de scans, waarvoor de supplementen zijn afgenomen. We zien nu echter dat de wachtlijsten langer worden. Wie nu belt voor een afspraak, moet maanden tot soms een jaar wachten om een scan te kunnen krijgen. Wie bereid is om 50 euro meer te betalen, kan sneller een scan krijgen, meer bepaald buiten de kantooruren.

De genomen maatregelen verhinderen de geneeskunde op twee snelheden dus niet. De enige weg om daaruit te raken, is volgens ons een volledige afschaffing van het systeem van ereloonsupplementen en de overgang naar zuivere artsenlonen, met daarnaast een volledige en rechtstreekse overheidsfinanciering voor de ziekenhuizen.

02.10 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Je me réjouis évidemment d'entendre que pour vous, cette évolution n'est pas acceptable. Au sein du groupe PS, nous partageons vos préoccupations principales que sont l'approbation du budget 2025, la limitation de certains suppléments exorbitants pratiqués dans les hôpitaux ainsi que la nécessité de revoir le financement des hôpitaux. Si nous ne pouvons que vous rejoindre sur les propositions que vous faites ici, nous avons néanmoins quelques craintes sur le fait que certaines mesures décidées sous le précédent

gouvernement que vous avez citées, telle la fin des suppléments en ambulatoire, ne soient détricotées par le gouvernement qui s'annonce.

02.11 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, betaalbare, toegankelijke en kwalitatieve gezondheidszorg zal voor ons en voor de meerderheid van de commissieleden altijd een strijdpunt blijven.

U moet verdergaan op de ingeslagen weg om de ereloonsupplementen te beteugelen, af te bouwen en in de toekomst zelfs af te schaffen. Daartoe is een herijking van de nomenclatuur en een ziekenhuishervorming nodig. In tegenstelling tot mevrouw Gijbels stel ik voor dat nu te doen en op die weg verder te gaan.

Mevrouw Gijbels, wij hebben inderdaad transparantie nodig. Om transparantie tot stand te brengen, hebben wij echter ook de medewerking nodig van zowel ziekenhuizen als artsen, die nu soms weigeren transparantie te geven. Wij zullen niet kunnen wachten op transparantie om de strijd voort te zetten. Voor sommige ziekenhuizen zullen wij er anders nooit geraken, omdat er in die ziekenhuizen een soort geheimhouding is, die niet goed is voor een kwalitatieve gezondheidszorg.

02.12 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je ne vais pas rappeler ce qui a été longuement dit. Il importe cependant de constater que l'augmentation croissante et inquiétante des suppléments d'honoraires dans les hôpitaux est l'indicateur que notre système de financement des hôpitaux est vraiment malade et qu'il est temps de s'en préoccuper. Par ailleurs, je me réjouis de vos annonces. Bien sûr, tout dépendra du budget 2025.

Il est aussi très important d'insister, avant de régler tout cela, sur l'importance d'améliorer la transparence et l'information complète donnée aux patients, qui sont souvent dans le brouillard avant leur hospitalisation quant au montant qu'ils devront payer, surtout en cas de complications médicales. Il faut également pouvoir les protéger de ces suppléments en cas de complications médicales.

Nous espérons, nous, Les Engagés, que la gestion des suppléments d'honoraires sera réglée grâce à la réforme de la nomenclature, qui offrira une rémunération juste à chaque prestataire, et que la réforme du financement des hôpitaux permettra de mettre fin au système des rétrocessions.

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

03 Samengevoegde vragen van

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Apenpokken" (56000259C)
- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De WHO en de internationale noodtoestand m.b.t. apenpokken" (56000663C)

03 Questions jointes de

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La variole du singe" (56000259C)
- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'épidémie de variole du singe déclarée urgence sanitaire internationale par l'OMS" (56000663C)

03.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb mijn eerdere vraag recent aangepast, omdat de WHO intussen de internationale noodtoestand heeft afgekondigd vanwege een nieuwe variant van het apenpokkenvirus. Deze nieuwe variant is zorgwekkender door zijn verhoogde besmettelijkheid en ernst. Hoewel het virus aanvankelijk in Afrika opdook, heeft het zich inmiddels verspreid naar andere regio's, waaronder mogelijk Europa. De WHO beveelt internationale samenwerking aan om de uitbraak in te perken, waarbij vaccins en preventieve maatregelen centraal staan.

Welke stappen zet de overheid om de besmettingen in België vroegtijdig te detecteren en te monitoren?

Hoe werkt u samen met de WHO en andere EU-landen?

Zijn er plannen om risicogroepen in België preventief te vaccineren, zoals bij eerdere uitbraken? Welke

groepen komen daarvoor in aanmerking?

In hoeverre is er momenteel sprake van monitoring en surveillance van apenpokkegevallen in België? Worden bepaalde groepen of bepaalde regio's nauwlettender opgevolgd?

Overweegt u concrete preventieve maatregelen in te voeren, zoals een quarantaine of aanpassingen aan de huidige isolatieprocedures?

Wordt er overwogen om reizigers die uit landen komen met een hoge incidentie van apenpokken bij aankomst in België te screenen op mogelijke infecties?

Wordt er actief gezocht naar mutaties en nieuwe varianten?

Zijn er campagnes gepland om de bevolking voor te lichten over symptomen en preventieve maatregelen? Hoe is de samenwerking federaal en regionaal op dat vlak?

Hoe waarborgt u dat de ziekenhuizen beschikken over de nodige middelen voor diagnose en behandeling als er zich besmettingen voordoen?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, wat uw eerste vraag betreft, tijdens verschillende RMG-vergaderingen die plaatsvonden in augustus en september, is het onderwerp besproken met de gefedereerde entiteiten en de NITAG, en zijn ook aanbevelingen geformuleerd.

Die aanbevelingen zijn, ten eerste, het bewustmaken van de mensen die werken in de gezondheidszorg. Dat is gebeurd via de website van de FOD Volksgezondheid met richtlijnen voor zorgverleners, met inbegrip van een casusdefinitie, en voor persoonlijke beschermings- en isolatiemaatregelen voor een casus. De bijgewerkte richtlijnen volgens grotendeels dezelfde lijn als de richtlijnen van 2022, met uitzondering van de definitie van specifieke risicogroepen en preventieve vaccinatie.

Ten tweede gaat het om het sensibiliseren van de betrokken partijen en verenigingen die werken met specifieke risicogroepen – mannen die seks hebben met mannen en sekswerkers –, waarbij we wel de stigmatisering die in dit soort situaties altijd mogelijk is zoveel mogelijk vermijden. Er is namelijk onvoldoende wetenschappelijk bewijs om te weten of dezelfde groepen die in 2022 werden geïdentificeerd ook nu een verhoogd risico zouden lopen voor de nieuwe variant van apenpokken. Vermits de overdracht gebeurt door nauw lichamelijk contact, is het uiteraard mogelijk dat bepaalde groepen, zoals sekswerkers en mannen die seks hebben met mannen, een groter risico lopen, maar dat is niet bevestigd door wetenschappelijk onderzoek.

Als voorzorgsmaatregel zijn we wel al een dialoog gestart met de organisaties die deze groepen vertegenwoordigen, om de situatie te bespreken en, indien nodig, een gerichte informatievoorziening voor te bereiden. In elke communicatie zullen we bijzondere aandacht besteden aan het vermijden van stigmatisering en zullen we benadrukken dat mpox iedereen kan treffen die in nauw contact komt met een besmette persoon.

Ten derde gaat het over het informeren van de reizigersklinieken en het aanpassen van de boodschappen op de verschillende websites van Buitenlandse Zaken.

Ten vierde gaat het over het voorbereiden van de geaccrediteerde laboratoria.

De bestaande overeenkomsten tussen de geaccrediteerde laboratoria en het RIZIV blijven van kracht. Voor alle duidelijkheid, monsters kunnen door zorgverleners worden genomen, maar analyses kunnen alleen worden uitgevoerd door erkende laboratoria. Een update van de erkende laboratoria is gepubliceerd op de website van de FOD Volksgezondheid.

Tot op heden zijn er geen patiënten gediagnosticeerd met de nieuwe mpox clade 1b-variant in ons land.

Ik kom tot mijn antwoord op uw tweede vraag. Momenteel worden de vaccinatierichtlijnen herzien door de NITAG, de groep binnen de Hoge Gezondheidsraad die zich bezighoudt met vaccinatie. Er is een strategische voorraad vaccins beschikbaar voor secundaire vaccinatie voor hoogrisicocontacten en

mensen met een verhoogd risico op complicaties bij besmetting, zoals mensen met verminderde immuniteit. Secundaire vaccinatie is ook beschikbaar voor onbeschermden, toevallige contacten of prikaccidenten onder zorgverleners. We raden aan dat al het medisch personeel contact opneemt met de regionale gezondheidsautoriteit om na te gaan wie al dan niet dient te worden gevaccineerd.

Er moet worden opgemerkt dat er nog geen definitief verslag beschikbaar is van de Hoge Gezondheidsraad in verband met het vaccinatieadvies voor mpox. Een vaccinatieadvies werd wel al grondig besproken tijdens de RMG-vergaderingen. Daarbij werd gebruikgemaakt van de wetenschappelijke informatie die op dat moment beschikbaar was qua mortaliteit en transmissie. De informatie is momenteel wel gunstiger dan de informatie die beschikbaar was in augustus toen werd gevreesd dat clade 1b virulenter zou zijn dan de andere, eerdere varianten. Daarom zijn er geen plannen om vaccinatiecampagnes te organiseren. Men zou alleen personen die in contact zijn geweest met een besmet persoon vaccineren indien nodig.

Wat uw derde vraag betreft, berichten om het bewustzijn te vergroten zowel onder het algemeen publiek als onder hoogrisicogroepen zijn al voorbereid en klaar om verstuurd te worden indien nodig.

Wat uw vierde vraag betreft, na het opduiken van mensen besmet met de nieuwe mpox clade 1b-variant werden er op verzoek van België verschillende vergaderingen op Europees en internationaal niveau georganiseerd. Via het EU-Comité voor de beveiliging van de gezondheid en de raad van bestuur van DG HERA heeft België aangedrongen op de erkenning van de situatie als een internationaal probleem voor de volksgezondheid. Die procedure maakte het vervolgens mogelijk om mpox-vaccins te schenken aan de getroffen landen. Dat leidde tot schenkingen van 200.000 vaccins via de HERA Board. België draagt daartoe ook zijn steentje bij met de schenking van 20.000 vaccins. In het algemeen wordt de FOD Volksgezondheid via de IHR-voorschriften van de WHO en het EWRS voortdurend op de hoogte gehouden van de situatie. Wij wisselen systematisch informatie uit met andere Europese landen en de WHO.

De diagnose van mpox wordt gesteld door uitstrijkjes te maken van de letsels. Daarvoor is geen extra apparatuur nodig. Er is geen specifieke behandeling voor mpox beschikbaar. Ziekenhuizen dienen voornamelijk ondersteunende zorg toe. Ze helpen de patiënten om de symptomen te beheersen. Ik heb eerder al gezegd dat we in bepaalde gevallen ook wel een secundaire vaccinatie kunnen toedienen.

03.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor het uitgebreide antwoord. Ik hoor dat al het een en ander klaarstaat. Dat is goed. De aanbevelingen van 2022 blijven gevolgd worden. U zegt dat dit in augustus en september werd besproken. De waarschuwing van de WHO is echter recenter, van eind oktober, begin november.

Ik heb u niets horen zeggen over hoe ons land stand-by staat bij eventuele preventieve maatregelen zoals een quarantaine of een isolatieprocedure, als er gevallen zouden binnenkomen, of hoe er zou worden gescreend als bepaalde mensen uit specifieke regio's naar hier komen. Dat moet toch wel verder worden opgevolgd. U stelt immers ook dat het definitieve verslag van de WHO nog niet beschikbaar is en dat de vaccinatie kan worden herzien.

We volgen dit verder op. We hopen dat dit goed binnen de perken blijft.

Ik begrijp dat u zegt dat we stigmatisering moeten vermijden, maar als er bij bepaalde bevolkingsgroepen een hoger risico is, dan is het belangrijk om die bevolkingsgroepen zo snel mogelijk en zo goed mogelijk in te lichten in plaats van te voorzichtig te zijn. Het is belangrijk dat er zich geen grotere uitbraak voordoet. Het is dus goed om daarin niet te overdrijven.

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

04 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sperma- en eiceldonoren" (56000272C)
- **Pierre Jadoul** aan **Paul Van Tigchelt** (VEM Justitie en Noordzee) over "Het arrest van het Grondwettelijk Hof betreffende de anonimiteit van spermadonors" (56000390C)
- **Els Van Hoof** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitspraak van het Grondwettelijk Hof inzake de anonieme donatie van gameten" (56000472C)

04 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les donneurs de sperme et les donneuses d'ovocyte" (56000272C)
- **Pierre Jadoul** à **Paul Van Tigchelt** (VPM Justice et Mer du Nord) sur "L'arrêt de la Cour constitutionnelle relatif à l'anonymat des donneurs de sperme" (56000390C)
- **Els Van Hoof** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la Cour constitutionnelle relatif au don anonyme de gamètes" (56000472C)

04.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, het Grondwettelijk Hof oordeelde onlangs in een zaak waarbij een dochter van een anonieme zaaddonor haar biologische vader wilde identificeren dat sperma- en eiceldonoren in de toekomst niet langer volledig anoniem kunnen blijven, ook niet voor kinderen die al zijn geboren.

De huidige wetgeving verhindert dat fertiliteitscentra informatie over de donor vrijgeven, waarbij de belangen van de donor voorrang krijgen boven die van het kind. De politiek moet nu voor 30 juni 2027 een nieuw wetgevend kader opstellen om een billijk evenwicht te vinden tussen de rechten van donoren en kinderen.

Welke wetgevingsvoorbereidingen kunt u als minister in lopende zaken nemen of ondersteunen? Hoe ziet u de samenwerking met belangengroepen?

Welke maatregelen kunt u nemen om te waarborgen dat fertiliteitscentra en donoren correct geïnformeerd en voorbereid worden op de aankomende wetswijzigingen?

Hoe denkt u dat de afschaffing van de anonimiteit van sperma- en eiceldonoren het vertrouwen in de huidige vruchtbaarheidspraktijken zal beïnvloeden?

Hoe ziet u de garantie van anonimiteit van donoren in het verleden? Hoe zult u ervoor zorgen dat er een evenwicht wordt gevonden tussen de rechten van donorkinderen en de zorgen van donoren?

Welke maatregelen zullen worden genomen om het proces van identificatie van donoren te beheren zonder dat hun privacy volledig wordt geschonden? Is er gedacht aan een stapsgewijze aanpak waarbij donorkinderen beperkte informatie kunnen verkrijgen of moeten donoren voorbereid zijn op volledige identificatie?

04.02 **Pierre Jadoul** (MR): Monsieur le ministre, le 26 septembre dernier, la Cour constitutionnelle a rendu un arrêt qui établit que l'anonymat total des donneurs de sperme, en vigueur actuellement, est inconstitutionnel. En Belgique, c'est l'article 458 du Code pénal et l'article 57 de la loi du 6 juillet 2007 relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes qui empêchent que le centre de fécondation transmette la moindre information concernant le donneur à l'enfant conçu.

Selon la Cour, ces dispositions violent l'article 22 de la Constitution qui garantit le droit au respect de la vie privée, lequel implique notamment un droit à l'identité et au développement personnel et un droit qui en découle de connaître son ascendance. Si les dispositions garantissant l'anonymat poursuivent des objectifs légitimes selon la Cour constitutionnelle, le législateur n'aurait toutefois pas ménagé un équilibre entre tous les intérêts concurrents. Le législateur a en effet accordé une priorité absolue aux intérêts du donneur au détriment des intérêts de l'enfant conçu. La Cour constitutionnelle donne à la Belgique jusqu'au 30 juin 2027 pour rectifier le tir et adapter sa législation.

Je rappelle qu'un avis avait été remis à votre attention en décembre 2022 par le Comité consultatif de Bioéthique qui proposait trois options, tant pour le donneur que pour les parents: soit la garantie du maintien de l'anonymat si c'est le souhait du donneur et des parents récepteurs; soit une levée totale

de l'anonymat, le donneur et les parents étant identifiés au moment du don; soit l'acceptation par le donneur d'être identifiable au bout d'un certain temps.

Monsieur le ministre, comment réagissez-vous à cet arrêt de la Cour constitutionnelle? Dans quel sens allez-vous proposer d'adapter la législation belge afin de se conformer à cet arrêt? Allez-vous suivre l'avis du Comité consultatif de Bioéthique rendu en 2022? Si oui, de quelle manière?

04.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, eindelijk is het zover. Reeds in 2015 diende ik een wetsvoorstel in om donorkinderen recht op kennis van hun identiteit te geven, aangezien het toen al duidelijk was voor mij, evenals voor enkele organisaties zoals vzw Donorkinderen. Voor een kind is het een internationaalrechtelijk beschermd grondrecht om zijn identiteit te kennen, om zijn ouders te kennen. Dat zit vervat in artikel 7 van het Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Ook artikel 2 van het Europees charter voor de Rechten van de Mens omschrijft het recht op identiteit. Op basis van talrijke schandalen en omdat donorkinderen hun rechten begonnen op te eisen, heeft het Grondwettelijk Hof een arrest gevelde dat absoluut voorrang geeft aan de belangen van het verwekte kind, ten nadele van de donor.

Het is ook een maatschappelijke tendens. Heel wat databanken werken commercieel, waardoor men zijn identiteit toch te weten komt indien men er een flinke smak geld voor overheeft. Dat is uiteraard ongepast, want men heeft daar een correcte psychologische omkadering voor nodig, zowel bij het kind als bij de donor.

Het arrest volgt die zaken en bepaalt, aangezien België nog als een van de laatste landen vasthoudt aan de anonimiteit, dat ervoor gezorgd moet worden dat het verwekte kind zijn identiteit te weten kan komen.

Mijnheer de minister, op welke manier wilt u dat aanpakken? Welke stappen zult u zetten, gezien dat arrest? Aan de hand van uw antwoorden op plenaire vragen in de vorige legislatuur weet ik dat ook u gewonnen bent voor de opheffing van de anonimiteit. Met het arrest in handen kunt u misschien iets ondernemen en de juiste stappen zetten.

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil ten eerste benadrukken dat het Grondwettelijk Hof heeft aangegeven dat het door de anonimiteit nagestreefde oogmerk legitiem kan zijn, maar dat de volledige anonimiteit en de volledige onmogelijkheid om gegevens over de afkomst over te dragen op grond van het beroepsgeheim en de bepalingen van de wet medisch begeleide voortplanting zelfs met instemming van de donor disproportioneel zijn.

Door het arrest is de federale wetgever er sowieso toe gehouden de huidige wettelijke regeling, die nu de anonimiteit vastlegt, tegen uiterlijk midden 2027 aan te passen.

Het Grondwettelijk Hof stelt niet dat elke vorm van anonimiteit a priori ongrondwettelijk zou zijn. Er is geoordeeld dat het huidige stelsel niet proportioneel is, zeker als de donor zou instemmen met de mededeling van zijn identiteitsgegevens.

De huidige wetgeving inzake anonimiteit maakt, zoals u weet, al geruime tijd het voorwerp uit van kritiek. Ik ben ook persoonlijk van oordeel dat ze aan herziening toe is. Aangezien het om een ethische kwestie gaat, is er tijdens de vorige legislatuur voor geopteerd om het initiatief tot aanpassing van de wet aan het Parlement over te laten. Helaas is het Parlement nog niet tot conclusies gekomen. Ik betreur dat. De komende legislatuur zal daaromtrent dus wel initiatief moeten worden genomen, wat een goede zaak is.

Pour répondre à vos questions spécifiques à ce sujet, premièrement, mon administration a reçu l'instruction d'examiner cet arrêt et, dans un premier temps, de mener une analyse juridique de toutes ses conséquences, en particulier des conditions minimales que la loi modifiée devra remplir pour être conforme à l'arrêt de la Cour constitutionnelle. Il va de soi qu'une telle modification de la loi ne peut pas avoir lieu sans que les différents acteurs, à savoir l'administration compétente, les centres de fertilité, les organisations d'enfants de donneurs et les donneurs, n'aient été consultés sur le concept.

Deuxièmement, les autres questions concernent le contenu et la mise en œuvre de la nouvelle législation. Je ne peux pas anticiper aujourd'hui du résultat futur mais il est clair que la nouvelle

législation devra apporter des réponses aux questions soulevées afin qu'elles soient claires pour tout le monde, donateurs, receveurs et enfants. Voilà ce que je peux répondre aux questions posées, monsieur le président.

04.05 Katleen Bury (VB): Op onze kalender staat eind 2024, maar het zal eerder 2027 zijn. U hebt gezegd dat u de instructie hebt gekregen om het arrest te onderzoeken. Ik blijf wat op mijn honger, want het is jammer dat u al niet een soort kader opstelt of duidelijk zegt welke voorbereidingen voor wetgeving u op tafel legt en welke gesprekken u zult voeren. Het is echt wel kort dag, ook al zit de regering in lopende zaken. Voor de Vlaams Belangfractie is het evenwicht tussen de rechten van de donoren en die van de kinderen belangrijk. In het begin van uw antwoord haalde u aan dat die volledige anonimiteit zeker niet wegvalt, maar wat zegt het arrest daarover? U hebt echter niet geantwoord op mijn vraag over wat u daar zelf van denkt. Dit moet verder worden opgevolgd. U moet de koe bij de hoorns vatten om daarmee aan de slag te gaan.

04.06 Pierre Jadoul (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je me réjouis que l'administration ait reçu instruction de s'occuper du suivi à réserver à cet arrêt de la Cour constitutionnelle. Je crois effectivement que l'implication d'un certain nombre de parties prenantes s'impose, sans doute dès le stade initial de recherche de solutions. Je serai vigilant à ce que l'administration veuille à consulter ces parties prenantes le moment venu.

04.07 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Het arrest heeft inderdaad heel wat consequenties, niet alleen op juridisch vlak, maar ook op institutioneel vlak. Welke organen worden bevoegd voor het opgeven van de anonimiteit? Wie wordt er ingezet voor psychologische begeleiding? Men kan een wetgeving juridisch veranderen, maar de implicaties zijn enorm.

Zoals u hebt gezegd, is het de vorige legislatuur wat vastgelopen op een tweesporenbeleid. Naar aanleiding van het arrest zou het interessant zijn om van de administratie te weten of het überhaupt mogelijk is dat het ene kind zijn ouder niet kan kennen en het andere wel, afhankelijk van het feit of de donor daarmee al dan niet instemt. Creëert men daarmee niet opnieuw een grondwettelijke ongelijkheid? Het is daarom goed dat u de juridische consequenties laat nagaan. We moeten op die vraag absoluut een antwoord krijgen. Zo'n tweesporenbeleid, waarvoor er tijdens de vorige legislatuur geen meerderheid was, is volgens mij ook ongrondwettelijk.

Daarnaast zijn daarbij heel wat instellingen betrokken, zoals de fertiliteitscentra, die daarmee moeten omgaan, dus die wetgeving kan niet zomaar veranderd worden zonder dat dit implicaties heeft. Het zou goed zijn mocht uw administratie nagaan wat de implicaties zijn van dat tweesporenbeleid. We blijven dit opvolgen.

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

05 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het geneesmiddelengebruik bij jongeren" (56000326C)

05 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La consommation de médicaments chez les jeunes" (56000326C)

05.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, we zien in het gebruik van geneesmiddelen, zoals pijnstillers en antibiotica, verontrustend hoge cijfers bij de Belgische jongeren. We zien een opvallend hoog gebruik van voornamelijk pijnstillers zoals ibuprofen, mede omdat er geen voorschrift nodig is. Een bijkomende bezorgdheid is de stijging bij jongeren van het gebruik van psychofarmaca, zoals antidepressiva. In die groep blijkt het gebruik de afgelopen jaren met 60 % gestegen te zijn.

Zult u ervoor zorgen dat de jongeren beter geïnformeerd worden over de gevaren van overmatig gebruik van geneesmiddelen, met name de onstekingsremmers? Is er een plan van aanpak om het gebruik van antidepressiva bij jongeren aan te pakken? Zult u ook alternatieven promoten?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, ik maak eerst een kanttekening bij de cijfers. Het gaat hier over de leden van de onafhankelijke ziekenfondsen, wat dus iets minder dan 20 % van de totale Belgische bevolking is. Het is in ieder geval een ruime steekproef. We zijn niet 100 % zeker

of die helemaal representatief is, maar het blijft een belangrijk en nuttig onderzoek.

Een correct gebruik van bijvoorbeeld onstekingsremmers bij jongeren wordt beïnvloed door verschillende factoren. Beter informeren van jongeren kan een opstap zijn. Daarnaast kunnen gezinnen gestimuleerd worden om steeds hun vaste apotheker te consulteren voor hun geneesmiddelen, die het gebruik van alle geneesmiddelen, met en zonder voorschrift, kan opvolgen en persoonlijk advies kan voorzien over het gebruik van geneesmiddelen aan jongeren. De huisarts heeft uiteraard ook een rol om het gebruik van ontstekingsremmers bij jongeren te limiteren en, waar mogelijk, niet-medicamenteuze alternatieven aan te raden.

Wat uw tweede en derde vraag betreft, de studie toont inderdaad aan dat het aandeel jonge antidepressivagebruikers in 10 jaar tijd met 60 % steeg. De stijging werd voornamelijk waargenomen na het begin van de pandemie in 2020. Het aandeel van de gebruikers blijft echter wel vrij laag, namelijk 1,6 % van alle gebruikers. Het gaat om cijfers uit 2022.

Ook de recente leerlingenbevraging 2022-2023 van het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs (VAD) toont dat het aantal leerlingen dat ooit slaap- en kalmeermiddelen gebruikte tussen 2011-2012 en 2022-2023 steeg van 12 % naar 17 %. Het zogenaamde laatstejaarsgebruik bedraagt 8 %.

Om het toenemende gebruik van psychofarmaca bij jongeren aan te pakken, moet op meerdere sporen gewerkt worden. Ten eerste, de preventie van het psychisch onwelbevinden bij jongeren of het versterken van de mentale veerkracht. Ten tweede, een vroege detectie en aanpak van psychisch onwelbevinden. Ten derde, het bevorderen van een adequate behandeling van psychische problemen, met aandacht voor een rationeel gebruik van psychofarmaca.

Er wordt jaarlijks meer dan 200 miljoen euro geïnvesteerd in psychologische zorg in de eerste lijn, ter bevordering van preventie en vroegdetectie en interventie bij mentale problemen. Daarbinnen werd de zorg voor kinderen en jongeren vanaf 1 februari 2024 gratis gemaakt.

De cijfers van het dashboard geestelijke gezondheidszorg tonen dat tot en met september 2024 378.000 mensen de weg hebben gevonden naar het nieuwe aanbod psychologische zorg in de eerste lijn, waarvan meer dan een derde kinderen en jongeren tot en met 23 jaar.

We organiseren ook samenwerkingen met overkophuizen en scholen, als vindplaatsen, zoals wij dat nu noemen, om psychologische problemen en moeilijkheden heel snel te kunnen oppikken.

Met betrekking tot het bevorderen van rationeel gebruik van psychofarmaca liep er van september 2023 tot juli 2024 een sensibiliseringscampagne, onder de noemer "Psychofarmaca. Welke risico's lopen uw patiënten? Samen zorgen voor gepast gebruik." De campagne zal de komende maanden geëvalueerd worden. Ook zal er begin 2025 een nieuw actieplan houdende psychofarmaca voorgelegd worden aan de federale minister van Volksgezondheid. Dat plan zal worden opgemaakt in samenspraak met het Belgian Psychotropics Expert Platform (BelPEP) en zal aandacht besteden aan jongeren, alsook volwassenen en kwetsbare ouderen.

05.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dat was veel uitleg in een notendop. Ik hoor dat er een nieuw plan aankomt en dat het oude wordt geëvalueerd. Aan de titel te horen, was dat eerder gericht naar hulpverleners, als ik me niet vergis, en niet echt naar patiënten. Het was eerder gericht aan artsen bijvoorbeeld, die dan worden geadviseerd om minder voor te schrijven.

Het is belangrijk om beter te informeren. Ook het begeleiden van jongeren met psychologische hulp is belangrijk, maar daar is er natuurlijk het probleem van de wachtlijsten. Ik zou echt hard willen inzetten op het beter informeren. In artikels leest men dat bepaalde producten heel verslavend en moeilijk af te bouwen zijn en dat men nog angstiger wordt als men ze lang neemt. Het verspreiden van dergelijke informatie zou toch ook een goed afremmend effect kunnen hebben.

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

06 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitrol van het interfederale perinatale zorg- en ondersteuningsprogramma" (56000327C)**
06 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le lancement du programme interfédéral soins et accompagnement périnataux" (56000327C)**

06.01 **Katleen Bury (VB):** We hebben het daarnet al even gehad over de uitrol van het interfederale perinatale zorg- en ondersteuningsprogramma, met name in Wallonië en Brussel. Wanneer wordt het uitgerold in Vlaanderen?

06.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Ik hoop dat we dat voor het einde van het jaar helemaal rond hebben en het programma in productie kan worden gezet voor het einde van het jaar. Dat betekent dan effectief dat prestaties van alle betrokkenen aangerekend zullen kunnen worden, deels bij de federale ziekteverzekering en deels op het Vlaamse niveau.

06.03 **Katleen Bury (VB):** Ik kijk ernaar uit.

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

07 **Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le numéro de garde médicale 1733" (56000332C)**

07 **Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het nummer 1733 van de huisartsenwachtposten" (56000332C)**

07.01 **Daniel Bacquelaine (MR):** Monsieur le ministre, je vous ai déjà interrogé plusieurs fois au cours de la législature précédente au sujet du numéro d'appel de garde médicale 1733. Ce numéro permet de trier les demandes des patients en fonction de leur degré de gravité mais aussi de rediriger les urgences d'ordre vital vers les services d'urgence 112. Le 1733 apporte manifestement une réelle plus-value pour la population.

Pourtant, il règne un certain mécontentement parmi les médecins généralistes quant au fonctionnement de ce tri 1733. Plusieurs actions de sensibilisation ont été menées récemment pour dénoncer les problèmes rencontrés par rapport à l'efficacité du système. Les médecins généralistes sont encore trop souvent appelés la nuit ou le week-end pour des problèmes qui ne sont pas vraiment urgents. Cela s'inscrit dans un contexte de pénurie de médecins généralistes, en particulier dans les zones rurales du sud du pays, où la pénibilité des gardes réparties entre un trop petit nombre rebute de plus en plus les praticiens et accroît le risque de déserts médicaux.

Un des problèmes récurrents est le manque de fiabilité des données. En effet, les données transmises sont incomplètes, voire incorrectes. Depuis la réforme, l'appel est pris par le premier préposé libre sur les quatre antennes en Wallonie (Arlon, Liège, Mons et Namur). En cas d'urgence vitale, le dispositif garde une certaine efficacité. Mais globalement, on se heurte à une méconnaissance du terrain. Et ce sans compter que ces centres de tri manquent de personnel. Si l'on compare à la situation dans d'autres pays, notre système n'apparaît pas idéal.

Monsieur le ministre, qu'en est-il des discussions et groupes de travail organisés à ce sujet? Qu'est-il mis en place pour éviter que les médecins soient appelés durant leur garde pour des banalités qui peuvent très bien attendre le lendemain? Comment améliorer le tri des patients? Comment éviter la transmission de données incorrectes qui font perdre beaucoup de temps aux médecins sur place? Comment évaluez-vous l'efficacité du numéro 1733 et comment celle-ci peut-elle être améliorée?

07.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** Monsieur Bacquelaine, il est vrai que nous avons déjà discuté à plusieurs reprises de ce problème important.

Au sein du Conseil fédéral des secours médicaux d'urgence, un groupe de travail se penche sur le manuel belge de la régulation médicale. Ce manuel décrit les protocoles et les indicateurs que l'opérateur dans la centrale d'urgence doit interroger. L'indicateur est également lié à un niveau de gravité. La détermination de ces protocoles, indicateurs et niveaux de gravité est effectuée par le groupe de travail Régulation. C'est un groupe de travail pluridisciplinaire qui comprend des

représentants des médecins généralistes, des médecins urgentistes, des infirmières et d'autres acteurs importants dans ce domaine. Il y a d'ailleurs une représentation des différentes régions de chaque groupe professionnel.

Le manuel belge est un instrument dynamique. Des ajustements sont élaborés en continu en tenant compte des expériences acquises mais aussi des contributions des différents acteurs de terrain représentés dans le groupe de travail, y compris les médecins généralistes.

Les opérateurs 112/1733 sont tenus de suivre strictement le manuel belge. Une fois que le protocole a été déterminé, le niveau de gravité approprié est déterminé en recherchant les indicateurs. Pour le 1733, il peut s'agir d'un contact urgent dans les deux heures, d'un contact dans les douze heures ou d'une référence au médecin généraliste pendant les heures de travail, voire le lendemain. Ce flux de décisions doit être strictement suivi à tout moment de la journée. Toutes les informations recueillies sont prises en compte et évaluées selon les critères du manuel belge.

Le triage et la régulation des appels vers le niveau de gravité approprié sont surveillés en permanence et font l'objet d'un processus d'amélioration de la qualité sur le terrain, dans les centres d'urgence. Cela est principalement fait par la direction médicale, la direction médicale adjointe et les infirmiers régulateurs. D'une part, ces personnes peuvent former, superviser et suivre les opérateurs dans un triage de haute qualité. D'autre part, elles peuvent faire part de leur vécu au groupe de travail Régulation en vue d'améliorer le manuel belge. Le manuel belge de la régulation médicale est élaboré pour l'ensemble du territoire. Il n'y a pas de manuel belge de la régulation médicale régionale.

Une procédure de transmission des données a été convenue avec le SPF Intérieur. Certaines données sont toujours transmises: le protocole et le niveau de gravité déterminé, un numéro de téléphone, celui de l'appelant et celui de la personne s'il est différent, le nom de la personne. Lorsque le triage conduit à la nécessité d'une visite à domicile, l'adresse complète est transmise. Si le poste médical de garde souhaite recueillir d'autres informations ou fixer un rendez-vous, il peut contacter la personne concernée via le numéro de téléphone qui lui a été communiqué. Ce contact peut être pris par la fonction de secrétariat, qui est financée par l'INAMI, pour les postes médicaux de garde. Il n'y a pas lieu de demander au médecin de garde de perdre du temps avec la vérification administrative.

L'efficacité du 1733 est évaluée à la fois quantitativement et qualitativement.

Pour l'enregistrement quantitatif, le nombre d'appels est pris en compte, mais aussi le nombre de fois qu'un certain protocole et un certain niveau de gravité ont été attribués. Cela implique la répartition des visites à domicile par rapport aux renvois vers les postes de garde des médecins généralistes, l'augmentation à un niveau de gravité plus élevé ainsi que l'orientation vers des soins planifiables.

La qualité du traitement des appels est contrôlée et suivie par les fonctions médicales au sein de la centrale d'urgence. Cela inclut également le suivi des plaintes qui ont été déposées. Le recoupement de mesures qualitatives et quantitatives peut conduire, entre autres, à l'adaptation du manuel de la régulation médicale.

07.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée.

À vous entendre, je pense qu'on peut considérer que le 1733 fonctionne magnifiquement bien. Cependant, il y a quand même beaucoup de plaintes des médecins sur le terrain. Une amélioration est donc possible et elle serait bénéfique. En effet, un bon système de tri permet d'éviter toute une série d'actes inutiles et peut-être aussi de diminuer le recours direct aux urgences. Si les patients reçoivent des conseils adaptés avec une transmission et une réponse tout à fait correctes, il y aura une tendance à aller moins facilement vers les services d'urgence.

Cette fonction de tri devrait donc faire véritablement l'objet d'une priorité, aussi bien sur le plan de l'efficacité en tant que telle, mais aussi sur le plan budgétaire. Cela permettrait, à mon avis, de réaliser un certain nombre d'économies: plus le système est performant, plus il permet de réaliser des économies par un recours moins intensif aux services d'urgence.

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

08 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het marburgvirus" (56000354C)

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De communicatie en de procedures in het kader van het marburgvirus" (56000361C)

08 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le virus de Marburg" (56000354C)

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La communication et les procédures dans le cadre du virus de Marburg" (56000361C)

08.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, mijn vraag werd ingediend op het moment dat er alarm werd geslagen in Hamburg. Ondertussen weten we dat het loos alarm was. Desalniettemin blijft het in de Rwandese infectiegebieden en de Oost-Afrikaanse landen een zeer besmettelijke en dodelijke ziekte, met een sterftepercentage van ruim 80 %. Er is geen vaccin of behandeling beschikbaar, wat het risico op grootschalige verspreiding verhoogt. De situatie baart ons dus nog steeds zorgen.

Worden internationale reizigers effectief gescreend en welke protocollen worden gevolgd, specifiek voor mensen die Rwanda bezoeken of verlaten?

Hoe bereiden de federale gezondheidsautoriteiten zich voor op een worstcasescenario?

Welke onderzoeksinitiatieven worden er vanuit de federale overheid en de deelstaten ondersteund om tot een mogelijke remedie te komen?

08.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, in september werd de Belgische overheid ingelicht door Rwanda over een uitbraak ter plaatse van het marburgvirus. Daaropvolgend zou er een communicatie zijn uitgestuurd naar de gezondheidssector.

Ondertussen vernemen we dat een mogelijke uitbraak in Hamburg loos alarm blijkt te zijn, maar dit toont wel aan dat onze hulpverleners op korte termijn wel afdoende geïnformeerd moeten worden.

Welke concrete stappen werden ondernomen door de Belgische overheid sinds ze op de hoogte werd gebracht door Rwanda?

Werden er voordien al alarmsignalen opgepikt? Wat voor berichten of waarschuwingen waren dat en wanneer werden die ontvangen?

Op welke manier werd de gezondheidssector geïnformeerd en wanneer gebeurde dat?

Op welke manier wordt de luchtbrug met Rwanda gecontroleerd? Welke procedures dienen daarvoor te worden gevolgd? Wordt daarover ook overleg gepleegd met collega-ministers, die mogelijk mee bevoegd zijn?

Welke rol speelt Sciensano daarin? Welke rol speelt het ECDC daarin?

08.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: U vroeg beiden welke concrete stappen de Belgische overheid heeft genomen sedert die op de hoogte is van de uitbraak van het marburgvirus in Rwanda. We hebben op twee vlakken concrete stappen gezet.

Allereerst hebben we reizigers en wie met hen te maken heeft, geïnformeerd en gesensibiliseerd. Momenteel zijn er geen specifieke reisbeperkingen voor reizigers naar Rwanda, maar er is via verschillende instanties gesensibiliseerd. De website van Buitenlandse Zaken werd up-to-date gebracht in verband met de toestand in Rwanda. De Travel Clinics in ons land werden extra geïnformeerd. Via de onderwijssectoren werd verzocht om geen medische studenten of verpleegkundige studenten meer uit te sturen naar Rwanda. Het luchtvaartpersoneel en de mensen van de luchtvaartmaatschappij SN Brussels Airlines die van en naar Rwanda reizen, zijn geïnformeerd en gesensibiliseerd. De mensen die het Rwandese grondgebied verlaten, moeten bovendien verplicht een vragenlijst invullen over hun contacten en eventuele symptomen. We hebben trouwens vernomen van onze Rwandese collega's dat

er op de luchthaven van Kigali thermische camera's werden geïnstalleerd.

Daarnaast hebben we ook stappen ondernomen op het vlak van de coördinatie binnen de gezondheidssector. Het Nationaal Crisiscentrum is op de hoogte gebracht, zodra we in kennis waren gesteld van de dreiging van het marburgvirus. Tegelijkertijd werd een urgente vergadering van de RMG gelanceerd. Vervolgens werd een specifieke communicatie verzonden, gebaseerd op de risicoanalyse van de RAG en de verschillende bestaande procedures. De deelstaten bezorgden die communicatie aan de eerstelijnsactoren en het Hospital & Transport Surge Capacity Committee bezorgde die dan aan de algemene ziekenhuizen. Ook de verschillende laboratoria werden door Sciensano ingelicht over de dreiging van het marburgvirus en de te volgen procedures.

Daarnaast zijn er specifieke afspraken en richtlijnen die gelden voor het transporteren of isoleren van mogelijke patiënten en de afname en het transport van stalen. De zorg voor patiënten met een vermoeden van of met bewezen marburg, vindt plaats in de ziekenhuizen die zich daar specifiek op hebben toegelegd en waarmee een conventie is gesloten. Het betreft het UZA in Antwerpen en Saint-Pierre in Brussel.

Het Nationaal Crisiscentrum organiseert momenteel ook geregeld diverse coördinatievergaderingen, waarbij behalve de FOD Volksgezondheid ook diverse andere instanties, zoals de FOD Mobiliteit, betrokken zijn.

Er werd ook gevraagd of er voordien al alarmsignalen werden opgepikt. Ik kan daarop het volgende antwoorden. Op vrijdag 25 september 2024 ontvingen we via het medisch wachtsysteem informatie over de aanwezigheid van Belgische geneeskundestudenten die stage deden in ziekenhuizen in Rwanda, waar op dat ogenblik de epidemie werd vastgesteld. Er werd onmiddellijk een vergadering belegd met de universitaire autoriteiten van de betrokken studenten om de stopzetting van de klinische activiteiten en de stopzetting van de studentenzendingen te vragen. Op dat ogenblik kregen wij via Europese artsen informatie binnen die ons waarschuwde voor de situatie in de ziekenhuizen van Kigali.

Op 28 september 2024 kwam er een officiële verklaring van de minister van Volksgezondheid van Rwanda, waarin werd gesteld dat marburgbesmettingen waren vastgesteld. Er kwam een officiële waarschuwing van het NFP IHR Rwanda over de aanwezigheid van een hoogrisicocontact dat naar België was afgereisd tijdens de incubatieperiode. Met die persoon werd onmiddellijk contact opgenomen door een arts van de FOD Volksgezondheid.

Er werd ook onmiddellijk een eerste crisisvergadering gehouden met de hiernavolgende deelnemers: de FOD Volksgezondheid, Infectieziektebestrijding Vlaanderen, de ambassade in Kigali en enkele ITG-experten.

De contacttracing van het hoogrisicocontact werd opgestart door de FOD Volksgezondheid. Een eerste evaluatie kon plaatsvinden. Bij de RAG werd een verzoek ingediend voor de beoordeling en het beheer van interne risico's in België. Er werd ook contact opgenomen met het EU Health Security Committee. Ook werd op verzoek van de voorzitter van het EU Health Security Committee een melding ingediend in het Europese meldingssysteem.

Op 29 september 2024 vond bijkomend een huisbezoek plaats, waarbij medisch onderzoek door een specialist infectieziekten thuis bij het hoogrisicocontact in Brussel plaatsvond. Er werd bevestigd dat de incubatieperiode van 21 dagen was doorlopen en de isolatie kon worden opgeheven. Er werd ook informatie uitgewisseld met het NFP IHR Rwanda en het NFP IHR van de WHO.

Op 30 september en 1 oktober 2024 werden gesprekken gevoerd met SN Brussels Airlines en Brussels Airport en met de verschillende gefedereerde entiteiten. Er vond een multisectoriële bespreking plaats tijdens de RMG-vergadering, waarbij de primaire analyse van de RAG werd besproken. Er werd een verzoek ingediend voor een NCCN-vergadering. Het NCCN zal de coördinatie op zich nemen in geval van een uitbraak in België. In het NCCN werden er sedertdien verschillende vergaderingen georganiseerd om de verschillende belanghebbenden op de hoogte te houden van de epidemiologische situatie en de aanpassingen die, indien nodig, moeten worden aangebracht.

De gezondheidssector werd gewaarschuwd in overeenstemming met de bevoegdheden van de verschillende bestuursniveaus. De deelstaten verstuurden brieven en mededelingen naar de

eerstelijnsactoren. Het Hospital & Transport Surge Capacity Committee contacteerde de ziekenhuizen en Sciensano stuurde brieven en mededelingen naar de laboratoria. Sensibiliseringsbrieven werden naar de bevoegde autoriteiten verstuurd na de RMF-vergadering van dinsdag 1 oktober. Die brieven werden door de verschillende actoren verstuurd op 3 oktober.

Voor de bewaking van de luchtbrug met Rwanda werden verschillende sectoren, namelijk Mobiliteit, Buitenlandse Zaken en Onderwijs via het NCCN op de hoogte gebracht en geïnformeerd.

Sciensano heeft via de RAG actief deelgenomen aan de primaire risicobeoordeling met verschillende experts, met name die van het UZA en het ITG. Sciensano heeft de taak op zich genomen om de verschillende laboratoria in België te waarschuwen voor de verhoogde risicosituatie met betrekking tot dit virus.

ECDC heeft op verzoek van België een risicobeoordeling gemaakt en die werd tijdens de vergadering van het Health Security Committee op woensdag 2 oktober verduidelijkt. De risicobeoordeling wordt nu op de desbetreffende websites gepubliceerd.

Hoe bereiden de federale autoriteiten zich voor op het worstcasescenario? Daarvoor verwijs ik naar mijn eerdere antwoord op vraag 1.

Er zijn momenteel geen specifieke onderzoeksinitiatieven rond deze ziekte in België zelf. In Rwanda wordt er onderzoek verricht naar mogelijke behandelingen en vaccins, ondersteund door onder meer de WHO.

08.04 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het voorbeeld dat u hebt aangehaald van de persoon die onder observatie stond, naar België is afgereisd en zijn quarantaine van 21 dagen succesvol heeft afgerond, toont toch aan dat het virus dichterbij ons kan komen dan het nu lijkt.

De stopzetting van de zending van die studenten is een goede zaak, maar als ik mij niet vergis, zijn er daar nog studenten. Of zijn ze allemaal teruggestuurd? Dat denk ik niet.

Er zijn momenteel geen reisbeperkingen, maar we moeten toch goed op de hoogte blijven wanneer de situatie zou verslechteren, zodat we snel kunnen schakelen en de reisbeperkingen kunnen aanpassen. We lezen dat er vragenlijsten en thermische camera's worden gebruikt op de luchthaven in Kigali. Het zou nuttig zijn mochten die thermische camera's ook bij aankomst op onze luchthavens kunnen worden geactiveerd, zodat er een extra screening komt om een uitbraak te vermijden.

08.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ook ik blijf mijn bedenkingen hebben bij de maatregelen die worden genomen voor reizigers die vanuit Kigali in Brussel landen en voor transitreizigers. Ik hoor weinig maatregelen waarbij die mensen worden opgevolgd.

Ik lees in het verslag van de RAG dat er eigenlijk geen protocollen bestaan om mensen die in Afrika geïnfecteerd werden terug te brengen. Dat lijkt mij toch ook een aandachtspunt. Ik lees ook dat er geen procedures bestaan voor dit specifieke virus, maar dat men verwijst naar de ebolaprotocollen. Er staat echter ook dat die momenteel worden gereviseerd, dus ook dat lijkt mij iets te zijn dat aandacht vereist.

Daarnaast wil ik u erop attent maken dat informatie over het marburgvirus moeilijk te vinden is. De website van Sciensano maakt er geen melding van. Vlaanderen meldt het wel. Ook het ITG heeft er een pagina aan gewijd. Ik wil u vragen om op zijn minst een doorverwijspagina te voorzien op de website van Sciensano. Volgens mij gaan mensen vaak op de website van Sciensano kijken, omdat ze dat gewoon zijn geraakt tijdens de covidpandemie.

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

09 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De schadevergoeding voor besmetting met hepatitis C en hiv door bloedtransfusie" (56000358C)

09 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'indemnisation d'une infection par l'hépatite C et le VIH lors d'une transfusion sanguine" (56000358C)

09.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, in de jaren 80 zijn heel wat mensen besmet geraakt met hepatitis C en hiv door bloedtransfusies. Op dat moment was er nog niet voldoende kennis over virussen, waardoor ze niet direct konden worden opgespoord. Mede daardoor kon er niemand juridisch aansprakelijk worden gesteld en konden de slachtoffers op basis van de toenmalige wetgeving dan ook geen aanspraak maken op een schadevergoeding.

Later kwamen er twee relevante wetten, in 1991 en 2010, maar voor incidenten die voor die tijd hebben plaatsgevonden, kan men geen beroep doen op deze wetten. Volgens een schatting gaat het over zo'n 1.000 bloedtransfusieslachtoffers die tot op heden in de kou staan.

Voorzitster: Frieda Gijbels.

Présidente: Frieda Gijbels.

In 2016 vroeg toenmalig minister van Volksgezondheid De Block aan het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een rapport om te bekijken hoe wij verder kunnen omgaan met deze problematiek. Daaruit kwam als aanbeveling onder andere het Fonds voor de medische ongevallen (FMO) te activeren, zodat het aan de bloedtransfusieslachtoffers een forfaitaire vergoeding kan uitbetalen. De slachtoffers zouden hiervoor enkel moeten aantonen dat ze een bloedtransfusie hebben gekregen en dat ze besmet zijn met hepatitis C of hiv. Het KCE schat dat de kostprijs hiervan, gespreid over 15 jaar, 67 miljoen euro zou zijn.

Ik verwijs nog eens naar het rapport dat van 2016 dateert. U bent intussen een legislatuur minister geweest. Mijn vragen zijn dan ook heel concreet, mijnheer de minister. Hebt u al iets gedaan met de aanbevelingen van het KCE? Intussen zijn er immers al acht jaar verstreken. Hoe staat u hiertegenover in het algemeen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, er is op dit ogenblik geen wet voorhanden die een oplossing voor dit probleem biedt. Het is ook duidelijk dat de huidige wet op de medische ongevallen niet voorziet in het behandelen van medische incidenten die zich voor 2 april 2010 hebben voorgedaan. Het FMO heeft ook nog geen aanvragen in dit verband ontvangen. Dat is een logisch gevolg van het feit dat er in het kader van bloedtransfusies sinds midden jaren 80 voor hiv en sinds begin jaren 90 voor hepatitis C strenge controles worden uitgevoerd om besmettingen via deze weg te vermijden.

Er is nog geen nieuwe opdracht uitgeschreven voor het FMO. Het is ook geen eenvoudig probleem, omdat de oorzaak van de besmetting weinig of niet gekend is. Het gaat vaak om oude incidenten, waardoor informatie over eventuele bloedtransfusies niet altijd terug te vinden is. Er mag ook niet uit het oog worden verloren dat een bloedtransfusie niet de enige besmettingsbron voor hepatitis C en hiv is.

Weliswaar staat vast dat de ziekteverzekering sinds meerdere jaren een behandeling in het kader van chronische hepatitis C terugbetaalt.

09.03 **Nawal Farih** (cd&v): Dat is niet echt het antwoord dat ik had verwacht, mijnheer de minister, zeker na het rapport van het KCE, waarin duidelijk wordt aanbevolen dat slachtoffers alleen moeten kunnen aantonen dat ze in België een bloedtransfusie hebben gehad en ze besmet zijn met het virus. U zegt dat men dat virus op verschillende manieren kan oplopen, maar we moeten uitgaan van vertrouwen in en niet van wantrouwen tegenover onze bevolking.

Ik reken erop dat de volgende regering hieraan de nodige aandacht besteedt. Het gaat over slachtoffers van bloedtransfusies die volgens het KCE recht hebben op een forfaitaire vergoeding.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56000371C van mevrouw Depoorter wordt uitgesteld.

10 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Praktijktoelagen en telematicapremies" (56000414C)

10 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les primes de pratique et les primes télématicques" (56000414C)

10.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, de praktijkpremie in de gezondheidszorg is een financiële tegemoetkoming voor zorgverleners, niet alleen huisartsen maar ook tandartsen en andere paramedische professionals. Die premie is bedoeld om de economische situatie van de zorgverleners te verbeteren, hun werk te waarderen en hen te ondersteunen bij het bieden van kwalitatieve zorg aan de patiënten.

Ik zie dat de praktijkpremie voor het laatst geïndexeerd is op 1 januari 2016, ik vraag mij dus af waarom hij al jaren niet meer geïndexeerd is. Kunt u toelichten wat daarvoor de redenen zijn? Wanneer wordt er een volgende indexering verwacht? Of waarom komt die er niet?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, voor de bedragen van de telematicapremies en de praktijkpremies is er nu in de desbetreffende koninklijke besluiten inderdaad niet in een indexeringsmechanisme voorzien. De niet-indexering is het resultaat van de prioriteiten die gelegd worden binnen de beschikbare budgetten.

Het is een strategische keuze. Het gaat hier immers om middelen die in principe bedoeld zijn om gezondheidskosten te vergoeden, en over de keuzes die binnen de bevoegde nationale overeenkomsten- en akkoordencommissies worden gemaakt. U weet dat die commissies samengesteld zijn uit vertegenwoordigers van de verzekeringsinstellingen en van de betrokken beroepsgroepen. Ze werken aan de hand van het beschikbare budget, dat hen toelaat maatregelen te nemen die zij prioritair vinden.

Er zijn geen concrete plannen om de betrokken premies te indexeren. U maakte overigens de link met de kostprijs van gehomologeerde softwarepakketten. Daarbij kan ik opmerken dat telematicapremies niet als primair doel hebben de kostprijs van softwarepakketten volledig te dekken. Die premies zijn in essentie bedoeld als een incentive om het gebruik van telematica- en e-diensten in de zorgverlening te bevorderen, aangezien dit gebruik bijdraagt aan een betere en efficiëntere zorgverlening.

U vroeg waarom sommige zorgverstrekkers geen telematicapremie ontvangen. Dat is eveneens het gevolg van budgettaire keuzes. De toekenning van die premies is afhankelijk van de specifieke noden en prioriteiten binnen de verschillende beroepsgroepen. Sommige sectoren kennen bijvoorbeeld nog slechts een beperkte beschikbaarheid en een beperkt gebruik van e-diensten.

10.03 Katleen Bury (VB): Ik blijf erg op mijn honger zitten, mijnheer de minister.

Wat de discriminatie betreft tussen die verschillende groepen, krijg ik niet echt een antwoord. U zegt dat de indexering niet de prioriteit is, dat het KB daar niet in voorziet. Wanneer we echter alleen al de energiecrisis in aanmerking nemen, zien we dat zorgverleners veel meer moeten betalen alleen nog maar om hun consultatieruimte warm te houden. We merken dat die prijzen niet dalen, maar hoog blijven. Ik zou nogmaals willen vragen om dit te herbekijken en een indexering te overwegen. Ik blijf deze kwestie opvolgen.

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

11 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ziekenhuisinfecties" (56000480C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ziekenhuisbacteriën" (56000500C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besmettingen met de ziekenhuisbacterie door besmet sanitair" (56000641C)

11 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infections nosocomiales" (56000480C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les bactéries nosocomiales" (56000500C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infections nosocomiales dues à des installations sanitaires contaminées" (56000641C)

11.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, deze vragen heb ik ingediend naar aanleiding van de Panoreportage op 15 oktober, waarbij aan het licht kwam dat ziekenhuispathogenen blijkbaar jarenlang kunnen rondwaren en ook jarenlang slachtoffers kunnen maken. Het ECDC deed eerder al onderzoek naar ziekenhuisinfecties, gebaseerd op data van 2022 en 2023. Daaruit blijkt dat we in België naar Europese maatstaven niet goed scoren, al is het onduidelijk of alle landen op dezelfde manier en correct registreren. Toch zijn 157.000 ziekenhuisinfecties per jaar in België een bijzonder hoog aantal. Het hoog gebruik van antibiotica speelt eveneens een rol in het resistentier worden van bacteriën, waardoor ze natuurlijk ook moeilijker kunnen worden bestreden.

Mijnheer de minister, zijn de ziekenhuizen verplicht om ziekenhuisinfecties te registreren? Hoe gebeurt dat? Wat moet worden geregistreerd?

Moeten de ziekenhuizen bepaalde hygiëneprotocolen volgen? Op welke manier wordt dat opgevolgd? Wie is daarvoor verantwoordelijk? Welke zijn de consequenties als er geen protocollen zijn of wanneer ze niet goed worden opgevolgd?

Zijn er cijfers over antibioticaresistente bacteriën? Waar kunnen we die vinden? Zijn er interhospitaalverschillen en kunt u die duiden?

In de vorige legislatuur stelde ik u al vragen over schimmelinfecties in ziekenhuizen, waarbij er ook sprake kan zijn van antimycoticaresistentie. Er zouden vaker schimmelsporen aanwezig zijn in ziekenhuizen waar gebouwd of verbouwd wordt. Wordt daarnaar verder onderzoek gedaan? Wordt dat überhaupt geregistreerd?

Ook stelde ik u eerder vragen over virale ziekenhuisinfecties, bijvoorbeeld een besmetting met covid opgelopen in een ziekenhuis. Worden die gegevens stelselmatig verzameld? Kunt u daar meer uitleg over geven?

11.02 **Katleen Bury** (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, 150.000 gevallen is echt wel een enorm hoog cijfer. We zien dat bacteriën zich blijven verspreiden ondanks bestaande protocollen, wat toch wijst op tekortkomingen in de huidige aanpak en een gebrek aan urgentie om die aanpak te verbeteren en patiënten beter te beschermen.

Mijnheer de minister, welke specifieke maatregelen worden genomen om de verspreiding van ziekenhuisbacteriën tegen te gaan? Hoe verklaart u dat ondanks bestaande protocollen een op de drie ziekenhuisinfecties vermijdbaar blijft?

Bent u bereid strengere richtlijnen op te leggen aan de ziekenhuizen inzake hygiëne rond waterpunten, zoals we gezien hebben in de reportage?

Welke middelen zullen beschikbaar worden gesteld om te investeren in betere infrastructuur en preventie tegen infecties veroorzaakt door ziekenhuisbacteriën?

11.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, een op de drie besmettingen in ziekenhuizen met de ziekenhuisbacterie is vermijdbaar. De aanwezigheid van de

bacterie in wasbakken, meer bepaald in afvoerleidingen, blijkt een belangrijke bron van besmetting. Dat bleek onlangs ook nog in de aflevering van *Pano* op de VRT.

Een besmetting is uiteraard problematisch en soms zelfs dodelijk voor de patiënten, maar ze kost de maatschappij ook handenvol geld. Specialisten pleiten blijkbaar al langer om dergelijke waterpunten weg te halen op de afdelingen intensieve zorg, maar blijkbaar vinden ze niet altijd gehoor of toch niet zo snel als zij dat nodig vinden.

Naast het UZ Brussel hebben blijkbaar ook andere ziekenhuizen al te kampen gehad met dat probleem. Dat wijst erop dat het om een wijdverspreid probleem gaat. Dat stelt ook professor infectieziekten Isabel Leroux-Roels.

Mijnheer de minister, welke maatregelen stelt u voor om dat soort besmettingen in de toekomst tegen te gaan? Wat is er bijkomend nodig?

De subsidiëring van infrastructuurwerken in ziekenhuizen valt onder de verantwoordelijkheid van de gemeenschappen. Kunt u met de gemeenschappen overleggen zodat al minstens bij verbouwingen of nieuwbouw in gevoelige diensten, zoals intensieve zorg, risico's worden vermeden?

Hoe is de overheid tot nog toe omgegaan met uitbraken? Werden die telkens gelinkt aan besmet sanitair?

11.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er zijn al zeer uitgebreide antwoorden gegeven op die vragen.

Zijn ziekenhuizen verplicht te registreren? Ja, er is een verplichting om deel te nemen aan de surveillanceprojecten voor meticillineresistente staphylococcus aureus (MRSA), voor multiresistente gramnegatieve bacillen (MRGN) en bloedstroominfecties (BSI) in alle ziekenhuisdiensten. Ze moeten ook meewerken aan ten minste een van de volgende vier surveillanceprojecten: bloedstroominfectie en pneumonie op de intensive care unit, clostridioides difficile, postoperatieve wondinfecties of vancomycineresistente enterokokken.

Tevens dienen de ziekenhuizen deel te nemen aan de kwaliteitsindicatoren voor ziekenhuishygiëne, die gebeuren op basis van protocollen, door Sciensano ontworpen. Ik overleg met de vertegenwoordigers van het werkveld en BAPCOC.

Moeten ziekenhuizen bepaalde hygiëneprotocollen volgen? Richtlijnen voor ziekenhuishygiëne en -aanpak van multidrug resistente organismen en specifieke adviezen in het kader van nieuwbouw of renovatiewerken in de ziekenhuisomgeving werden door de Hoge Gezondheidsraad ontworpen en regelmatig aangepast. De uitwerking en de opvolging geschiedt door de ziekenhuishygiëneteam, zoals bij KB is vastgelegd.

Zijn er cijfers over antibioticaresistente bacteriën? Sinds meerdere jaren worden twee afzonderlijke surveillances omtrent AMR bij Sciensano georganiseerd: de AMR-surveillance op basis van het koninklijk besluit en het EARS-BE-programma, de Belgische tak van EARS-Net, dat een vrijwillig programma is. Gegevens van invasieve stalen en urinestalen worden gedetailleerd verzameld, uitgevoerd op het niveau van de gevoeligheidstest.

Recent is een overkoepelend One Healthrapport BELMAP gemaakt, waarin de bovenstaande surveillances, alsook andere resistentiegegevens, sinds 2023, interactief worden opgelijst. Ziekenhuizen en deelnemende laboratoria krijgen een feedbackrapport, zowel voor AMR als voor EARS-BE, waarin ziekenhuisverschillen worden aangeduid, om verbeteracties te initiëren. Verschillen kunnen het gevolg zijn van onder andere de case mix, de specialisaties en diensten in het ziekenhuis, de teststrategie – met een al dan niet actieve opsporing van MRSA –, seizoens- en loco tempo regionaal gebonden factoren, de huidige en historische antibioticaselectiedruk, infectiepreventieaudits en interactie met communicerende zorginstellingen. Interregionale verschillen zijn te vinden in de nationale rapporten op onze website. U kunt daarvoor kijken op sciensano.be/nsih.

Wat schimmelinfecties betreft, nosocomiale mycosen zijn infecties veroorzaakt door fungi opgelopen in een ziekenhuisomgeving of een andere faciliteit van de gezondheidszorg. De aanwezigheid van fungi op de afdeling intensieve zorg, in een operatiezaal of zelfs een wachtkamer kan de bron zijn van een

lokale uitbraak bij patiënten. Schuldige schimmels of gisten zijn afkomstig van onder meer de buitenlucht, verbouwingswerken in de buurt van de faciliteit, geïnfecteerde patiënten en het ziekenhuispersoneel. Constructiewerken in de nabije omgeving van een ziekenhuis kunnen de hoeveelheid aan schimmelsporen die mogelijk tot een infectie kunnen leiden, verhogen in de buitenlucht. Voor maatregelen voor ziekenhuizen verwijs ik naar het advies 8580 van de Hoge Gezondheidsraad omtrent infectiebeheersing tijdens constructiewerken in ziekenhuizen. Het ventilatie- en airconditioningsysteem en gecontamineerde instrumenten tot zelfs bloemen- en kamerplanten kunnen allemaal bronnen zijn van fungale verspreiding. Schimmels verbreiden zich vooral via de lucht, gisten doorgaans door fysiek contact.

Een nationale en een gecentraliseerde registratie van verbouwingen in ziekenhuisomgevingen wordt niet geïmplementeerd. In elk ziekenhuis volgt de dienst ziekenhuishygiëne dat echter nauwlettend op en neemt men specifieke maatregelen bij bouwwerken in de ziekenhuisomgeving.

De meeste ziekenhuizen voeren op regelmatige basis omgevingscontroles uit, vooral in de meest kritieke afdelingen met kwetsbare patiënten, om de mogelijke aanwezigheid van schimmels op te sporen. Ze kunnen ook een beroep doen op de unit Medische en Omgevingsmycologie van Sciensano om de ziekenhuisomgeving te controleren op schimmels. Ook in het geval van een nosocomiale schimmeluitbraak kan aan Sciensano gevraagd worden om een omgevingscontrole te houden en de bron van de uitbraak op te sporen.

De genoemde omgevingscontroles worden echter allemaal op vraag van het ziekenhuis uitgevoerd. Er zijn geen verplichtingen rond het aangeven van een schimmeluitbraak, afgezien van een uitbraak van candida auris. In woonzorgcentra is het niet standaard om omgevingscontroles uit te voeren.

Een belangrijk probleem is de alsmaar vaker voorkomende resistentie aan een of meer klassen antifungale middelen. Bekende voorbeelden daarvan zijn candida auris, waar al resistentie aan antifungale azolen en echinocandines is vastgesteld, en aspergillus fumigatus, dat een hoge resistentiegraad voor azolen vertoont.

Mogelijk resistente stammen afkomstig van klinische stalen kunnen worden opgestuurd naar het Nationaal Referentiecentrum voor Mycosis van het UZ Leuven om een antifungale gevoeligheidsbepaling te laten uitvoeren. Ziekenhuizen zijn echter niet verplicht om dat te doen en daarom is het niet eenvoudig om een cijfer te plakken op schimmelresistentie in België.

De uitvoering van longitudinale studies is van uiterst belang om een beter beeld te krijgen van de problematiek. Het UZ Leuven deed zo'n studie voor resistentie van aspergillus fumigatus aan azole antifungale middelen. De resultaten toonden aan dat de resistentiegraad in België op 9,7 % lag. Tien jaar eerder was dat nog maar 4,6 %.

De twee belangrijkste routes voor het ontstaan van azoolresistentie in stammen van aspergillus fumigatus zijn de patiëntenroute en de omgevingsroute. De antifungale middelen hebben chemisch een heel gelijkaardige structuur aan de medische antifungale middelen, waardoor we kruisresistentie tussen die groepen opmerken. De dienst Mycologie en Aërobiologie van Sciensano doet momenteel onderzoek naar resistentie via de omgevingsroute. De eerste resultaten werden reeds gepubliceerd.

In 2025 zal dezelfde dienst een studie opstarten waaraan vijf Belgische ziekenhuizen zullen deelnemen. Daarbij zal worden nagegaan wat de rol is van de omgeving van het ziekenhuis op de prevalentie van azoolresistente aspergillus fumigatus en of die eveneens de diensten van de ziekenhuizen met de meest kritische patiënten kunnen binnendringen en mogelijk nosocomiale infecties kunnen veroorzaken.

Ten vijfde, de informatie over virale ziekenhuisinfecties beperkt zich tot COVID-19, verkregen via de niet-exhaustieve Clinical Hospital Surveillance gestart in 2020, waarbij Belgische ziekenhuizen klinische informatie verstrekken over patiënten die zijn opgenomen met COVID-19. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen waarschijnlijke ziekenhuisinfecties en niet-ziekenhuisinfecties op basis van classificatiecriteria naargelang van de tijd tussen de opname en de startdatum van de symptomen. Aangezien die rapportering niet verplicht is en we ter zake een dalende trend vaststellen, zal het kleine aantal onvoldoende zicht geven op de werkelijke epidemiologie voor heel België.

Mevrouw Bury stelde nog aanverwante vragen naar specifieke maatregelen. Ik zou een onderscheid willen maken tussen het algemene beleid van infectiepreventie en de specifieke maatregelen genomen om de verspreiding via wasbakken en afvoerleidingen tegen te gaan. Wat infectiepreventie en controle (IPC) betreft, neemt op federaal niveau de FOD initiatieven om de ziekenhuizen te ondersteunen. Dat beleid omvat financiering voor taken gericht op het voorkomen en behandelen van infecties in de Belgische ziekenhuizen en deskundigheidsbevordering. Bovendien loopt sinds 2021 het grote pilootproject Hospital Outbreak Support Teams (HOST), dat in een bijkomende financiering voorziet om ziekenhuisnetwerken te ondersteunen in hun IPC-beleid. Die beleidsmaatregelen, met bijkomende financiering, ondersteunen de ziekenhuizen op het vlak van competentie, mogelijkheden en motivatie voor de aanpak van zorggerelateerde infecties. Het blijft een verantwoordelijkheid van de zorgverstrekkers en de ziekenhuizen om dat dagelijks in de klinische praktijk te brengen. We volgen indicatoren die meten of infectiepreventiemaatregelen worden uitgevoerd. Belgische acute ziekenhuizen nemen deel aan het project Kwaliteitsindicatoren voor infectiepreventie en -beheersing, dat gericht is op de verbetering van infectiepreventieprogramma's en beleid in die ziekenhuizen. Momenteel loopt er een evaluatie van het IPC-beleid, met inbegrip van het HOST-project, waarin wordt onderzocht hoe de naleving van protocollen kan worden geoptimaliseerd en welke factoren daarin een positieve bijdrage kunnen leveren. Dat past ook allemaal in het bredere kader van AMR.

Wat de specifieke maatregelen betreft om de verspreiding via wasbakken en afvoerleidingen tegen te gaan, het probleem wordt alsmaar vaker erkend als een belangrijke uitdaging. De aanpak is niet makkelijk, aangezien er momenteel geen bewezen methode is die volledig en blijvend effectief is, of het nu gaat om chemische en thermische methodes of om het vervangen van sifons. Vooral oudere ziekenhuizen met minder aangepaste infrastructuur worden daardoor zwaar getroffen. Daarbij wordt er steeds vaker gekeken naar de mogelijkheid van watervrije zorg op kritieke diensten.

Wat infectie-uitbraken door resistente organismes betreft, werken de federale overheid, de deelstaten en Sciensano samen om de uitbraken nauw op te volgen en om ondersteuning te bieden bij de bestrijding ervan. Op preventief vlak zijn er aantal richtlijnen voor de infrastructuur, zoals infectiebeheersing tijdens de werken in zorginstellingen of bacteriologische controles. Er is echter geen nationale richtlijn voor IPC gelinkt met wasbakken. De ontwikkeling van een dergelijke richtlijn ligt momenteel voor als actie bij de voorbereiding van het nieuwe NAP AMR. De basisaanpak richt zich op de strikte naleving van preventieve maatregelen, met name handhygiëne en omgevingshygiëne. Daarnaast mogen er in de buurt van wasbakken geen materialen geplaatst worden die in contact kunnen komen met mogelijk besmet water en mogen lichaamsvochten of andere besmette stoffen niet door de lavabo worden gegoten. Voorts zijn er algemene maatregelen om ziekenhuisinfecties te voorkomen. Al die maatregelen zijn gericht op de vermindering van de impact van resistente bacteriën in het kader van het NAP AMR.

Waarom blijft een op de drie ziekenhuisinfecties toch vermijdbaar? Het ECDC schat dat een op de vijf infecties in Europa voorkomen kan worden. Gepubliceerde studies suggereren dat er aanhoudend potentieel bestaat voor een vermindering van de incidentie in de orde van 35 % tot 55 %, geassocieerd met *multifaceted* interventies. Zowel tussen ziekenhuizen onderling als op internationaal vlak is er aanzienlijke ruimte om meer infecties te voorkomen.

Waarom stellen we dat nog steeds vast? De complexiteit van ziekenhuizen als dynamische omgeving speelt hierin een rol. Factoren als het gebruik van invasieve hulpmiddelen, de aanwezigheid van kwetsbare patiënten en ingewikkelde zorgprocessen maken de naleving van protocollen uitdagend. Momenteel is er bij de FOD een evaluatie van het IPC-programma aan de gang. Hierin wordt onderzocht hoe de naleving van protocollen verder kan worden geoptimaliseerd.

U vroeg of ik bereid ben strengere hygiënerichtlijnen voor ziekenhuizen op te leggen en, zo ja, hoe die gecontroleerd zullen worden. De kwaliteitsevaluatie van zorginstellingen is de bevoegdheid van de deelstaten. Die voeren daartoe de nodige inspecties uit.

Welke middelen zullen beschikbaar worden gesteld om te investeren in betere infrastructuur? De FOD financiert het programma van ziekenhuizen inzake infectiepreventie en -controle. Via het hospitaalproject komt daar een jaarlijks stijgende financiering bij voor infectiepreventie- en antibioticabeleid van 10.580.000 euro in 2021 tot 16.470.000 euro in 2024. Bovendien is het de ambitie van het nieuwe NAP AMR om blijvend in te zetten op infectiepreventie en -controle. Echter, investeren in infrastructuur is een bevoegdheid van de deelstaten.

Er wordt ook gevraagd naar het sepsisplan. Dat is bezorgd aan het secretariaat van de commissie. Het plan omvat aanbevelingen over diverse thema's. Het gaat deels ook over bevoegdheden van de deelstaten. Het document van professor Vlieghe is voorgesteld en in detail besproken in de Risk Management Group, waarin ook de deelstaten vertegenwoordigd zijn. Op federaal niveau zal de verdere opvolging gebeuren door BAPCOC, gezien het verband met IPC en de strijd tegen AMR. Ik verneem dat het sepsisplan ook zal worden geïntegreerd in het volgende NAP AMR, dat volop in ontwikkeling is, met als streefdatum eind 2024 voor de concrete voorstelling van het actieplan voor de komende jaren. De implementatie van het sepsisplan is een nieuw initiatief en vergt enkele investeringen.

Er zijn ook maatregelen om ziekenhuisinfecties met moeilijk te behandelen bacteriën te voorkomen: isolatiemaatregelen waar nodig, de implementatie van zorgbundels gericht op het voorkomen van infecties, zoals centrale lijn geassocieerde bloedbaaninfecties, CLABSI, katheter geassocieerde urineweginfecties, postoperatieve wondinfecties en ziekenhuis geassocieerde pneumonie. Er zijn ook regelmatig trainingen en bewustmakingen.

Om de transparantie rondom uitbraken te bevorderen, werkt de technische cel multidrug resistente organismen momenteel aan een conceptvoorstel. Het idee is om in België een systeem op te zetten dat vergelijkbaar is met dat van het RIVM in Nederland voor het delen van gegevens over uitbraken.

Een andere actie die voorligt bij de voorbereiding van het nieuwe NAP AMR, is de verbetering van de monitoring van multiresistente organismen met realtime genomische technologie.

U vroeg ook hoe de overheid tot nu toe is omgegaan met uitbraken gelinkt aan besmet sanitair. De gewestelijke gezondheidsautoriteiten, Sciensano en andere experts werken samen in het outbreak supportteam. Op 21 november 2013 verscheen in het *Belgisch Staatsblad* het protocolakkoord met betrekking tot het nationaal strategisch plan ter bestrijding van MDRO's. In dat kader werd het concept van outbreak supportteams geformaliseerd na verschillende jaren van informele samenwerking tussen de betrokken partners. Daardoor kan het team van deskundigen zorginstellingen bijstaan in geval van moeilijke uitbraken. Het outbreak supportteam staat onder leiding van deskundigen van de gewestelijke gezondheidsautoriteiten.

Mevrouw de voorzitter, ik excuseer mij voor het zeer lange antwoord. Ik heb zelfs nog lang niet alles gezegd wat in mijn voorbereiding stond. Ik stel voor dat mijn medewerkster, mevrouw Schellens, het hele antwoord bezorgt aan u en de verschillende vraagstellers, zodat u alle details hebt.

11.05 Frieda Gijbels (N-VA): Het was inderdaad een heel lang antwoord, maar het is natuurlijk ook een belangrijke problematiek. Als ik het wat samenvat, dan verzamelen wij op dit moment heel wat gegevens, maar nog veel te vrijblijvend en onvolledig. Er zijn ook adviezen en er is expertise bij de Hoge Gezondheidsraad en Sciensano, maar volgens mij zijn die ook te vrijblijvend. Wie levert dan de gegevens aan? Zijn dat de ziekenhuizen die al goed hun best doen of niet? In welke mate hebben wij echt een goed zicht op de zaak? Ik denk dat wij nog een beetje in het duister werken, terwijl het toch een heel belangrijke problematiek is.

U antwoordde ook uitgebreid over de mycoseproblematiek en gaf aan dat er al sprake is van resistentie en zelfs kruisresistentie. Ook daaromtrent mogen wij meer vragen van ziekenhuizen qua registreren, rapporteren en natuurlijk ook ingrijpen bij dergelijke problemen. Ik hoef u niet te herhalen dat ik voorstander ben van het openbaar maken van gegevens en rapporten, zodat duidelijk wordt wie gegevens aanlevert en wie niet. Dat zou ook een goede incentive kunnen zijn om gegevens te verzamelen en aan te leveren en zo om de cijfers zo laag mogelijk te houden.

Wanneer er een probleem wordt vastgesteld, is het vooral belangrijk om dat op te volgen en ervoor te zorgen dat het uit de wereld wordt geholpen, zodat we vermijden wat we nu hebben gezien, namelijk dat nosocomiale infecties in een bepaald ziekenhuis jarenlang kunnen aanhouden.

11.06 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, u gaf een zeer uitgebreid antwoord, waarvoor u zich zeker niet hoeft te excuseren. Hoe meer info hierover, hoe liever.

U hebt uitvoerig uitgelegd welke algemene en specifieke maatregelen onder andere inzake de

wasbakken en de afvoerleidingen er kunnen worden genomen en dat er een nieuw actieplan in de pijplijn zit. Ik juich dat toe. Ik kijk ook uit naar de studie over de uitbraken van Sciensano. U somde ook u een heel aantal pijnpunten op, zodat wij kunnen zien waar het probleem zich situeert. Er is geen verplichting een uitbraak te melden. Dat is eigenlijk hallucinant. Op die manier kan men niet monitoren en kan men niet weten waar het probleem zit.

De vorige collega merkte ook al op dat het altijd de goede ziekenhuizen zijn die het melden, terwijl ziekenhuizen waar dergelijke infecties woekeren dat niet doen. Het ontbreken van een meldingsplicht is echt wel een groot probleem.

Het zou ons zeer waardevolle cijfers kunnen opleveren, als we wisten waar de problemen juist zitten. U merkte op dat de resistentie tegen antifungale middelen is gestegen van 4,6 % naar 9,7 %. Dat is toch wel hallucinant. Het lijkt mij dat er inzake monitoring enorm veel werk aan de winkel is.

Voorzitter: Patrick Prévot.

Président: Patrick Prévot.

11.07 Irina De Knop (Open Vld): Een uitgebreid antwoord is aangenaam en fijn, al bestaat het risico dat men zo de vis verdrinkt. Ik veronderstel dat dat zeker en vast niet uw intentie is geweest.

Ook ik heb als rode draad onthouden dat er eigenlijk zeer veel vrijheid is voor de ziekenhuizen en dat er weinig verplichtingen zijn om dergelijke infecties te rapporteren.

Ik leid uit uw antwoord ook af – ik zal het grondig nalezen – dat er ook een probleem is inzake de verdeling van de bevoegdheden. Een deel van de oplossing zou bij de gewesten kunnen liggen. Op die deelvraag heb ik niet meteen een antwoord gekregen. Ik kijk zeker ook uit naar het uitgebreide antwoord.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La finalisation des études du KCE sur la maladie à corps de Lewy" (56000457C)

12 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het afronden van de studies van het KCE over lewybodydementie" (56000457C)

12.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, j'ai déjà eu l'occasion de vous interpellier à plusieurs reprises sous la précédente législature concernant la maladie à corps de Lewy, cet "Alzheimer oublié". Lors de votre dernière réponse, vous nous aviez expliqué que le KCE finalisait actuellement dix études qui auraient dû être achevées en mars et avril 2024, y compris des études dans le cadre de la présidence du Conseil de l'Union européenne. La fin de l'étude sur le trajet de soins dans la démence précoce était quant à elle prévue pour juin 2024.

Monsieur le ministre, qu'en est-il des études mentionnées lors de nos derniers échanges? Quelles en sont les conclusions? Quelles mesures et avancées devraient pouvoir être envisagées à l'avenir afin d'améliorer la vie des personnes atteintes de la maladie neurodégénérative qu'est la maladie à corps de Lewy?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, neuf études ont été présentées et approuvées devant le conseil d'administration du KCE en mars et avril 2024. J'en ai ici la liste mais je vous transmettrai ma réponse par écrit, car elle est trop détaillée. Vous y trouverez ces neuf études, qui sont toutes disponibles sur le site du KCE ainsi que les rapports et synthèses qui les concernent.

L'étude sur la démence précoce sera publiée au plus tard au mois de mars 2025. L'échéance de ce rapport a dû être postposée du fait de l'absence de longue durée du chef de projet, le *principal investigator*.

12.03 Patrick Prévot (PS): Merci, monsieur le ministre. Au-delà du fait que je prendrai connaissance des neuf études, votre réponse – même si je ne vous en tiens pas rigueur – me laisse sur ma faim. Je reviendrai donc vers vous parce que c'est un dossier qui me tient à cœur.

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

13 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La naloxone" (56000458C)

13 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Naloxon" (56000458C)

13.01 Patrick Prévot (PS): *Monsieur le ministre, Au cours de la précédente législature, j'avais attiré votre attention sur la naloxone, un médicament capable de sauver des toxicomanes en situation d'overdose, dont l'accès demeurerait très restreint dans notre pays.*

Dans votre réponse à ma question en date du 03 juillet 2023, vous reconnaissiez que la naloxone était, je vous cite, « un outil indispensable dans la gestion des surdoses aux opioïdes ». Vous vous étiez d'ailleurs montré tout à fait favorable à la mise sur le marché de naloxone facilement administrable, c'est-à-dire en spray nasal.

Si la prévention et la prise en charge à long terme restent indispensables dans le cadre de la lutte contre les assuétudes, un traitement tel que la naloxone pourrait clairement sauver des vies.

Monsieur le ministre, voici mes questions:

- Des démarches ont-elles été entreprises pour inciter les firmes pharmaceutiques à introduire les dossiers ad hoc auprès de la Commission de remboursement des médicaments? Ces démarches ont-elles porté leurs fruits?

- Si non, comment les firmes pharmaceutiques motivent-elles leurs décisions quand on sait que le médicament sous forme de spray nasal est déjà disponible dans plusieurs États membres de l'UE? Quelles sont les marges de manœuvre des autorités compétentes en la matière?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, je puis vous confirmer que des démarches ont été entreprises avec les firmes pharmaceutiques responsables des spécialités à base de naloxone sous forme de spray nasal. En effet, le bureau de la Commission de remboursement des médicaments a contacté en 2023 toutes les firmes qui produisaient des spécialités à base de naloxone sous forme de spray nasal, enregistrées en Belgique, afin de les inviter à introduire un dossier de demande de remboursement. Par ailleurs, mes services compétents ont également entrepris des démarches à ce sujet.

Selon les informations dont je dispose, il est probable qu'une des firmes concernées introduise une demande de remboursement en vue d'une inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Si cette demande aboutit à un remboursement, il en résultera que le médicament sera commercialisé en Belgique.

Je suis conscient de l'importance de disposer à brève échéance dans notre pays d'une spécialité de naloxone sous forme de spray nasal. Dès lors, je continuerai à suivre ce dossier de près. Entre-temps, j'ai aussi demandé à mon administration d'élaborer un cadre légal afin de permettre la délivrance de ces spécialités dans les centres prenant en charge les patients souffrant d'assuétude, de manière à pouvoir les administrer en cas d'urgence. Un arrêté royal est en cours d'élaboration à cette fin.

13.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse encourageante.

S'agissant tout d'abord de la dernière partie de votre réponse, votre demande faite à votre administration de prévoir un cadre légal, notamment pour répondre aux questions d'urgence, constitue une bonne nouvelle. J'entends ensuite que les firmes ont été contactées, comme je vous l'avais demandé et conformément à ce que vous vous étiez engagé à faire.

Pour le reste, j'espère que ladite firme introduira une demande de remboursement de sorte qu'une modification puisse être apportée en Belgique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les formations aux premiers secours" (56000459C)

14 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "EHBO-opleidingen" (56000459C)

14.01 Patrick Prévot (PS): *Monsieur le ministre, la Croix-Rouge de Belgique forme chaque année 55 000 personnes aux gestes qui sauvent. Être capable de pratiquer une réanimation, de soigner une brûlure ou une plaie ou encore réagir adéquatement lors d'un accident de la route: les gestes de premiers secours sont une étape vitale pour intervenir en cas d'urgence et améliorer les chances de survie d'une victime. Comme l'indique la Croix-Rouge de Belgique, "ces formations s'adressent aux citoyens, aux entreprises et au monde scolaire, que ce soit les enseignants ou les jeunes étudiants".*

Monsieur le ministre, nos voisins français ont mis en place le handi-secourisme et, depuis 2017, le cadre légal a été modifié afin de permettre de former et d'octroyer un diplôme aux personnes en situation de handicap pour les gestes qui sauvent et ce, même sans manipulation pendant la formation. J'aimerais donc savoir si des formations adaptées pour les personnes en situation de handicap mais également pour les personnes âgées sont disponibles et encouragées dans notre pays afin qu'elles aussi puissent agir. Que prévoit spécifiquement la loi à cet égard? Je vous remercie.

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, je suis convaincu, tout comme vous, du fait que les gestes de premiers secours sont une étape vitale pour intervenir en cas d'urgence et améliorer les chances de survie d'une victime. Je crois aussi, tout comme vous, que les formations adaptées peuvent y aider. Cependant, l'enseignement et la formation étant une compétence communautaire, je ne peux hélas pas répondre à votre question.

14.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, merci pour le réaiguillage. Soucieux d'obtenir une réponse, je vais demander à mes collègues des Régions et Communautés d'interroger leurs ministres compétents.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

15 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "NewAttest" (56000504C)

15 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "NewAttest" (56000504C)

15.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de controlediensten van het RIZIV, de DAC en de DGEK, hebben geen rechtstreekse toegang tot verschillende gegevens van verzekerden die nochtans noodzakelijk zijn voor hun controles, zoals de aard, de datum, de plaats en de kostprijs van een gefactureerde behandeling of de leeftijd, het geslacht en de gezinstoestand van de patiënt.

Sinds enige tijd bestaat hiervoor wel het gegevensplatform NewAttest, maar het Intermutualistisch Agentschap (IMA) behoudt de controle over de gegevens. Het RIZIV heeft dus geen rechtstreekse toegang en moet nog steeds een aanvraag bij het IMA indienen. Dat werd enige tijd geleden ook door het Rekenhof bekritiseerd. Naar verluidt wordt zo mogelijk een belangrijke opportuniteit gemist om via een permanente toegang tot de volledige data een regulier performant controle- en monitoringsysteem in het leven te roepen dat op continue wijze mogelijke anomalieën in de reglementering en/of controles van de ziekenfondsen, alsook misbruiken door zorgverleners en rechthebbenden kan detecteren.

In het laatste jaarverslag van de DGEK lezen we dat er ook sprake is van fouten in de gegevens die de verzekeringsinstellingen aan de DGEK via het platform NewAttest bezorgen. Het globale foutenpercentage ligt dit jaar tussen bijna niets en bijna 14 % op een viertal specifiek onderzochte criteria. Bij bepaalde ziekenfondsen sluipt er dus een fout in bijna 14 % van de aangeleverde informatie.

Mijnheer de minister, kunt u verduidelijken hoe we dat foutenpercentage, dat tussen bijna niets en 14 % schommelt, moeten interpreteren? Welke concrete fouten werden er bij de informatie-uitwisseling via

NewAttest gemaakt? Hoe werd dat in een foutenpercentage vertaald?

Leveren bepaalde verzekeringsinstellingen meer foutieve informatie aan via NewAttest dan andere? Zo ja, over welke verzekeringsinstellingen gaat het dan? Wat is daarvan de oorzaak?

Welke conclusies trekt u uit die cijfers?

Gaat u akkoord met de stelling van het Rekenhof dat de rechtstreekse en permanente toegang van de DGEK en de DAC tot de volledige gegevens waarover de verzekeringsinstellingen beschikken een verbetering zou zijn? Zo ja, denkt u dat het haalbaar is om dat mogelijk te maken?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, in het kader van de elektronische overdracht aan het RIZIV van gegevens in verband met geneeskundige verstrekkingen die werden terugbetaald, wordt, in antwoord op uw eerste vraag, iedere verstrekking die terugbetaald werd, opgeslagen in een record. Ieder record moet voldoen aan diverse facturatie-instructies in het kader van de jaarlijkse controle voor het correct uitvoeren van de wettelijke opdrachten door de verzekeringsinstellingen. Inzake de variabele administratiekosten werd in 2023 een kwaliteitscontrole uitgevoerd van de zones in die records die verband houden met vier criteria, zijnde de lateraliteit, dus welk lidmaat behandeld werd, het tandnummer, de norm van de verstrekker en het unieke facturatie nummer.

Het gaat om een beperkte kwaliteitscontrole voor specifieke doeleinden. Om die controle uit te voeren, worden NewAttestgegevens opgevraagd en wordt bekeken bij hoeveel van de opgevraagde records de onderzochte velden niet of niet correct werden ingevuld. Het foutenpercentage is het aantal foutieve records op het totaal opgevraagde aantal records voor de kwaliteitscontrole. Concrete fouten zijn bijvoorbeeld het niet invullen van de behandelde lidmaat, al dan niet links of rechts, voor verstrekkingen waarvoor dat verplicht is, het niet of niet correct invullen van het tandnummer bij bepaalde tandextracties en het niet of niet correct invullen van het unieke identificatienummer van het toestel zware medische beeldvorming.

Algemeen beschouwd komen fouten tegen het niet correct invullen van het uniek identificatienummer het meest voor. Er zijn wel onderlinge verschillen tussen de verzekeringsinstellingen (VI's). Die concrete fouten zijn echter niet terug te brengen tot fouten bij de informatie-uitwisseling via NewAttest, maar tot fouten gemaakt tijdens het volledige registratie- en uitwisselingsproces.

Ik kom tot uw tweede vraag. Er zijn inderdaad onderlinge verschillen tussen de verzekeringsinstellingen op de onderzochte criteria. In dit concrete geval scoren de VI 300 en 400 het minst goed, met respectievelijk 13,7 en 13,2 % fouten. De oorzaken kunnen velerlei zijn, maar een correct werkende geautomatiseerde kwaliteitscontrole bij de registratie zal daarin wel een belangrijk verschil maken. Ik wil echter herhalen dat de evaluatie over slechts een klein onderdeel van de velden ging.

Voor de volledigheid wil ik wel meegeven dat foutieve of onvolledige facturatiegegevens op het niveau van de VI niet automatisch betekenen dat onterechte terugbetalingen zouden hebben plaatsgevonden. Het spreekt echter voor zich dat de correctheid van gegevens van belang is, net om de analyses omtrent mogelijk onterechte betalingen zo precies mogelijk te kunnen uitvoeren.

Ik concludeer. Allereerst is er een licht dalende trend. De controleacties van het RIZIV enerzijds en de samenwerking tussen de verschillende verzekeringsinstellingen, het IMA en het RIZIV anderzijds met betrekking tot de kwaliteitsverbetering via de werkgroep Datakwaliteit leveren wel al resultaten op, maar die moeten nog worden bestendigd en versterkt.

U vraagt of ik het eens ben met het Rekenhof. Een rechtstreekse en permanente toegang van de DGEK en de DAC tot de volledige gegevens in verband met de geneeskundige verstrekkingen die door de VI's werden terugbetaald, zou inderdaad een verbetering inhouden. Zo zou de kwaliteit van de gegevens door een performanter controle- en monitoringsysteem kunnen verbeteren en zou een snellere en efficiëntere detectie van misbruiken door zorgverleners en rechthebbenden mogelijk worden. Momenteel is het RIZIV samen met de verzekeringsinstellingen en het IMA een project Dataflow 2.0 aan het uitwerken dat die verbetering in de toekomst mogelijk moet maken.

15.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Het niet correct invullen van bepaalde verstrekkingen of het niet correct labelen, is inderdaad problematisch, want zo verdwijnt de mogelijkheid tot controle op vergissingen,

maar ook op fraude en op kwaliteit van de zorg. Denk maar aan het vermelden van het tandnummer. Als men vaststelt dat een vulling voor de zoveelste keer op dezelfde plaats wordt geplaatst, zou een alarmbel moeten afgaan. Als men merkt dat er vaak fouten worden gemaakt, is er een probleem.

U zegt dat de verzekeringsinstellingen 300 en 400, dus Solidaris en de Liberale Mutualiteit, het minst goed scoren. Welke maatregelen zullen worden genomen? Later zal ik daarop terugkomen.

U zegt dat een rechtstreekse toegang tot de gegevens beter zou zijn, want dat zou een performantere controle mogelijk maken. Indien ik me niet vergis, zijn die verzekeringsinstellingen vandaag al verantwoordelijk voor een correcte monitoring en kwaliteitscontrole. Dat zou volgens mij dus niet de drijfveer mogen zijn; de verzekeringsinstellingen zouden gewoon hun taak moeten vervullen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opvolging van de wet over de taalbeheersing van gezondheidszorgbeoefenaars" (56000528C)

16 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le suivi de la loi sur la maîtrise de la langue des professionnels des soins de santé" (56000528C)

16.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik kreeg graag een stand van zaken omtrent de uitvoering van de wet van 18 mei 2024 betreffende de taalbeheersing van gezondheidszorgbeoefenaars.

Ik hoef u niet te herhalen hoe belangrijk het is dat hulpverleners de taal van de patiënten kunnen spreken, zodat er geen misverstanden ontstaan of erger. Ik heb u al een aantal keren ondervraagd over gevallen waarbij het faliekant afliep.

Wordt de taalbeheersing effectief gecontroleerd? Is er sprake van een verplichte taaltest, bijvoorbeeld georganiseerd door de FOD Beleid en Ondersteuning?

Welke concrete stappen zijn gezet om ziekenhuizen, woonzorgcentra en gezondheidswerkers op de hoogte te brengen van de nieuwe regelgeving?

Zijn er specifieke sancties of maatregelen voor instellingen en zorgverleners die niet aan de taalvereisten voldoen?

16.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, sinds de invoering van de wet betreffende de taalbeheersing worden in eerste instantie de nieuwe visumaanvragen getoetst aan de wettelijke bepalingen. De aanvragers moeten bij hun visumaanvraag een certificaat kunnen aanleveren dat hun voldoende taalkennis bewijst, volgens de criteria van de wet.

Er is geen aparte communicatiecampagne gevoerd over die nieuwe wetgeving. De website van de FOD Volksgezondheid werd wel aangepast, zodat voornamelijk voor de buitenlandse aanvragers duidelijk is wat van hen wordt verwacht.

Conform de kwaliteitswet moeten alle gezondheidszorgbeoefenaars een van de drie landstalen voldoende beheersen om hun beroep op een kwalitatieve manier te kunnen uitoefenen. De Federale Toezichtcommissie kan een hele reeks maatregelen nemen die ze gepast acht ten aanzien van de gezondheidszorgbeoefenaars: een verbeteringsplan, een voorwaardelijk visum, een visumbeperking, een tijdelijke schorsing van het visum of intrekking van het visum. De commissie is alleen bevoegd voor individuele beroepsbeoefenaars uit de gezondheidszorg en kan geen maatregelen nemen ten opzichte van instellingen.

16.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik heb u niets horen zeggen over een verplichte taaltest, maar enkel over een toetsing. Er is geen campagne gevoerd bij de hulpverleners die nu hier al actief zijn.

Ten slotte, uit uw antwoord dat specifieke sancties en maatregelen kunnen, leid ik af dat ze niet afdwingbaar zijn. Ik zal aan de hand van uw antwoord, dat ik nader zal bestuderen, daarover dus nog wat vervolgvragen stellen.

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

17 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Endometriose" (56000529C)

17 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'endométriose" (56000529C)

17.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Endometriose is een aandoening die wereldwijd ongeveer 200 miljoen vrouwen treft. De diagnose van endometriose duurt vaak jaren, omdat de symptomen vaak worden verward met andere aandoeningen, zoals darmziektes. Bovendien zijn er vaak invasieve procedures nodig om de aandoening vast te stellen, terwijl de behandelingsopties beperkt zijn en vaak ontoereikend.

Een recente ontdekking toont aan dat vrouwen met endometriose minder van de metabool 4-hydroxyindole hebben, wat kan leiden tot een nieuwe, niet-invasieve diagnostische ontlastingstest en een mogelijke behandeling.

Bent U op de hoogte van deze recente ontdekking?

Zal er budget worden vrijgemaakt voor de ontwikkeling en invoering van een nieuwe ontlastingstest?

Zijn er al plannen voor het opzetten van klinische proeven met 4-hydroxyindole als behandelingsoptie voor endometriose?

Aangezien endometriose vaak ten onrechte als een darmaandoening wordt beschouwd, zijn er initiatieven om de kennis onder huisartsen en specialisten te verbeteren, zodat patiënten sneller doorverwezen worden naar de juiste zorg?

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil in de eerste plaats verwijzen naar wat ik reeds eerder gezegd heb over het rapport van het KCE over de aanpak van endometriose.

Ik heb samen met de patiëntenorganisaties en met het KCE vergaderd, in juni, om een plan van aanpak van endometriose te bespreken. De patiëntenorganisaties blijven daarbij betrokken.

Er is inderdaad voortschrijdend inzicht over de diagnose en over de zorgaanpak van endometriose. Dat is belangrijk.

Ik zal niet alles herhalen wat er gezegd is over de aanpak van de zorg die nodig is. Ik ben het volledig met u eens dat er een actieplan moet komen voor de behandeling van de complexe ziekte die endometriose is. Er moet inderdaad nagedacht worden over een multidisciplinaire geïntegreerde aanpak.

Uw vraag ging echter heel specifiek over de nieuwe diagnosemethode. Onderzoek dat loopt, heeft inderdaad aangetoond – en ik verwijs naar een artikel *A potential Non-Invasive Stooltest and novel Therapy for Endometriosis* – dat metaboolieten in de ontlasting van vrouwen met endometriose mogelijk een basis kunnen vormen voor een niet-invasieve diagnostische test en eventueel pistes voor de behandeling van endometriose openen.

Ik moet wel zeggen dat die test nu nog niet op punt staat en verder onderzoek vraagt om de veiligheid en de effectiviteit van 4-hydroxyindole te evalueren als mogelijke behandeling voor de aandoening, voor die in de klinische praktijk ingevoerd kan worden.

17.03 Katleen Bury (VB): Die recente ontdekking heb ik weergegeven in mijn vraag. Worden er budgetten vrijgemaakt voor verder onderzoek? U antwoordt dat een en ander nog niet op punt staat.

Dat klopt, maar daarom vraag ik of wordt bekeken om de zaak nader te bestuderen. Dat kan immers een enorm belangrijke doorbraak betekenen.

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

18 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Blastocystis bij wilde zwijnen" (56000530C)

18 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La contamination de sangliers par le blastocystis" (56000530C)

18.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Een recent onderzoek gepubliceerd in Veterinary Research onthulde dat wilde zwijnen in Spanje en Portugal dragers zijn van de parasiet Blastocystis, een ziekteverwekker die via de fecaal-orale route wordt overgedragen en ernstige gastro-intestinale klachten kan veroorzaken bij zowel mensen als dieren. Dit onderzoek toonde aan dat in sommige regio's tot 34% van de wilde zwijnen besmet zijn, wat deze dieren tot een potentieel reservoir van de parasiet maakt. In landelijke en peri-urbane gebieden waar wilde zwijnen in contact komen met vee en mensen, zoals tijdens de jacht, wordt het risico op zoönotische overdracht aanzienlijk groter. Gezien de snelle groei van de wildezwijnenpopulatie in veel Europese landen, inclusief België, en het feit dat deze dieren steeds vaker in stedelijke gebieden opduiken, rijst de vraag of ook hier gezondheidsrisico's kunnen ontstaan zoals in Spanje en Portugal.

Wat zijn de maatregelen die u in België overweegt om potentiële zoönotische ziekten zoals Blastocystis proactief te monitoren en te voorkomen, vooral gezien de groeiende populaties wilde zwijnen in onze landelijke en peri-urbane gebieden?

Hoe gaat u zorgen voor de samenwerking tussen jagers, wetenschappers, landbouwers en volksgezondheidsinstanties om tijdige opsporing en controle van dergelijke parasieten mogelijk te maken en de risico's voor de volksgezondheid te minimaliseren?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dit is een interessante vraag omdat ze aandacht geeft aan kiemen met een zoönotisch risico. U weet inderdaad dat er heel wat ziekteverwekkende kiemen met een zoönotisch karakter zijn en dat door onder meer de klimaatverandering ook de prevalentie daarvan verandert.

Blastocystis is een veel voorkomende darmparasiet bij zowel mensen als dieren, inclusief wilde zwijnen. Ze wordt via de fecaal-orale route overgedragen, voornamelijk door consumptie van besmet voedsel of water. Infecties zijn vooral gerapporteerd in regio's met lagere hygiënestandaarden. Veel mensen dragen de parasiet asymptomatisch. Bij sommigen kan het symptomen veroorzaken zoals een opgeblazen gevoel, buikpijn, winderigheid, gewichtsverlies en zelfs huiduitslag.

De precieze pathogeniciteit van blastocystis bij mensen is nog onderwerp van wetenschappelijke discussie. Mensen met een verzwakt immuunsysteem of reizigers naar gebieden met gebrek in hygiëne hebben een verhoogd risico op besmetting. Omdat blastocystis vooral verspreid wordt in gebieden met slechte hygiënische omstandigheden zijn de belangrijkste preventieve maatregelen gericht op strikte hygiëne.

Voor het antwoord op uw eerste vraag, over het proactief monitoren van deze kiemen bij wilde everzwijnen, moet ik u verwijzen naar de deelstaten. Zij zijn immers bevoegd voor wilde fauna en flora en als gevolg daarvan ook voor de monitoring van de gezondheidstoestand en ziekteverwerkers bij deze dieren.

Ten tweede, de samenwerking met verschillende actoren op het platteland en in jachtgebieden bestaat. Om de kennis van dergelijke aandoeningen te verbeteren en dus de risico's op besmettingen te minimaliseren, zijn er opleidingen die door het FAVV georganiseerd worden voor de jagers. Het FAVV staat ook in voor de keuring van groot wild in wildverwerkingsinrichtingen. Er zijn eveneens een heel aantal basismaatregelen die gelden voor iedereen wanneer ze in contact komen met wilde dieren en hun habitat. Voorbeelden zijn een goede persoonlijke hygiëne, drinkbaar water gebruiken, regelmatig de handen wassen en het doorkoken of doorbakken van vlees van wilde dieren.

18.03 Katleen Bury (VB): Bedankt, mijnheer de minister. Ik zal mijn eerste vraag dan aan de deelstaten richten.

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

19 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Prijsverlagingen voor medicijnen in Spanje" (56000535C)

19 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La diminution du prix des médicaments en Espagne" (56000535C)

19.01 Katleen Bury (VB): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Recent heeft het Spaanse Ministerie van Volksgezondheid aangekondigd dat de prijzen van bijna 18.000 medicijnen zijn verlaagd. Deze herziening is bedoeld om besparingen te realiseren, zowel voor de overheid als voor consumenten, met een verwachte totale besparing van 139 miljoen euro. De prijsverlagingen betreffen zowel medicijnen die via apotheken worden verstrekt als geneesmiddelen voor ziekenhuisgebruik. Deze maatregel is niet alleen gericht op kostenbesparing, maar ook op het bevorderen van de toegankelijkheid van belangrijke medicijnen, vooral nu de vraag naar zorg voor chronische aandoeningen en specialistische behandelingen toeneemt vanwege de vergrijzende bevolking.

In België is de toegang tot betaalbare medicijnen ook een punt van zorg, zeker nu de gezondheidszorg steeds meer wordt belast door de vergrijzing en de stijgende vraag naar complexe medische behandelingen. Het Spaanse voorbeeld roept enkele belangrijke vragen op: kan een soortgelijke herziening van medicijnprijzen in België een substantiële bijdrage leveren aan het verlagen van de zorgkosten? En welke impact zou een dergelijke maatregel hebben op de toegankelijkheid van geneesmiddelen, vooral voor kwetsbare groepen die moeite hebben om hun medicatie te betalen?

Wat kan België leren van het Spaanse model? Ziet u mogelijkheden om in België een onderzoek te laten uitvoeren naar de haalbaarheid van prijsverlagingen voor medicijnen, zoals in Spanje is gebeurd? Hoe zouden prijsherzieningen van deze schaal kunnen bijdragen aan het verlagen van de zorgkosten en de toegankelijkheid van geneesmiddelen voor patiënten?

Ziet u mogelijkheden om samen met andere Europese landen te werken aan gezamenlijke prijsverlagingen voor medicijnen? Zou een gezamenlijke aanpak, bijvoorbeeld via de Europese Unie, kunnen bijdragen aan een duurzamere en beter toegankelijke gezondheidszorg voor alle Europese burgers?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het Spaans systeem is vergelijkbaar met het Belgische referentieprijzensysteem, het zogenaamde kliffensysteem, dat geldt voor geneesmiddelen waarvoor de octrooibeschermerij vervalt en waarvoor generieke of biosimilaire alternatieven beschikbaar worden. De prijzen van die geneesmiddelen worden aangepast. Gecombineerd met de Belgische incentives of verplichtingen om goedkoop voor te schrijven en in sommige omstandigheden de verplichting het goedkoopste af te leveren, wordt daarmee eigenlijk hetzelfde doel bereikt als in het Spaanse systeem, dat ook werkt op basis van groepen of clusters van gelijke of gelijkaardige geneesmiddelen waarbij de prijs wordt herzien naar de laagste van de cluster.

In het Spaans systeem zijn een aantal beveiligingen ingebouwd die ervoor moeten zorgen dat de prijs van geneesmiddelen niet dusdanig daalt dat verdere commercialisering economisch onverantwoord is en bedrijven dus genooddaakt zijn het geneesmiddel van de markt te halen. Er bestaat bijvoorbeeld een minimumprijs van 1,6 euro per verpakking. Een uitzondering is voorzien voor bijzondere vormen en voor geneesmiddelen voor zeldzame ziekten. In die gevallen wordt de prijs niet die van de goedkoopste vorm in de cluster, maar wordt een gewogen gemiddelde gehanteerd. Ook in het Belgisch kliffensysteem is om dezelfde reden een beveiliging ingebouwd.

Wat het tweede luik van uw vraag betreft, kan ik u zeggen dat we een sterke voorstander zijn van een Europese samenwerking rond duurzame prijzen. Onder het Belgische voorzitterschap van de EU werd een pilootproject gelanceerd rond vrijwillige samenwerking over de prijszetting van bepaalde antibiotica om te vermijden dat die van de markt zouden verdwijnen of dat Europese producenten zich

genoodzaakt zouden zien de productie naar China te verhuizen.

Het voorstel is om een duurzame Europese minimum- en maximumprijs af te spreken, een zogenaamde prijsvork. Het voordeel van dat systeem is dat de men de prijzen betaalbaar kan houden voor alle Europese landen, maar dat men vermijdt dat ze zo laag worden gezet dat producten van de markt verdwijnen. Om dat project voor te bereiden, heeft het RIZIV het initiatief genomen om een studie te bestellen naar duurzame prijszettingsmechanismes. Indien dat pilootproject slaagt, kan het de weg openen naar verdere Europese samenwerking rond duurzame prijzen.

19.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, dank u voor uw toelichting bij het Spaanse model. Heeft die studie naar die duurzame prijsmechanismen een deadline?

19.04 Minister Frank Vandenbroucke: (...)

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des nourrissons contre les infections invasives à méningocoques du sérogroupe B" (56000545C)

20 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inenting van zuigelingen tegen invasieve meningokokkeninfecties serogroep B" (56000545C)

20.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, à l'heure actuelle, un vaccin contre les infections invasives à méningocoques du sérogroupe B peut être administré aux nourrissons à partir de l'âge de deux mois.

En 2019, le Conseil Supérieur de la Santé ne recommandait pas la vaccination systématique contre le méningocoque de type B dans le cadre du calendrier vaccinal de base. Il indiquait que la vaccination pouvait être envisagée individuellement pour les enfants de 2 mois à 5 ans. Le prix actuel du vaccin est de plus de 80 euros par injection. Aucun remboursement par l'INAMI n'est prévu.

Néanmoins, nous avons appris, et nous avons lu dans *Le journal du Médecin* du 22 octobre dernier, que le Conseil Supérieur de la Santé avait été surpris que le gouvernement, pour une première fois, n'avait pas suivi la recommandation du groupe de travail "Vaccination", qui recommandait justement l'élargissement du vaccin contre le méningocoque de type B pour les nourrissons via son ajout au calendrier vaccinal.

Pourtant, cette maladie grave est en nette recrudescence: 32 cas en 2021, 59 cas en 2022, 104 cas en 2023. Sur les six premiers mois de 2024, ce sont 7 cas sur 10 chez des enfants de moins de 5 ans avec un méningocoque du sérogroupe B.

La situation est différente en France puisque depuis avril 2022, les autorités sanitaires françaises recommandent la vaccination systématique des enfants à partir de l'âge de 2 mois et avant l'âge de 2 ans contre le méningocoque du sérogroupe B. En mars 2024, la Haute Autorité de Santé a actualisé la stratégie de vaccination contre les infections invasives à méningocoques A, C, W, Y et B.

Elle recommande de renforcer la stratégie actuellement en vigueur contre le sérogroupe B chez les nourrissons en rendant obligatoire cette vaccination actuellement recommandée selon le schéma suivant: première dose à l'âge de 3 mois, deuxième dose à 5 mois et dose de rappel à 12 mois. Ce vaccin est pris en charge partiellement par l'assurance maladie.

Monsieur le ministre, avez-vous pris connaissance de la situation en France en termes de modalités de vaccination des nourrissons contre le méningocoque du sérogroupe B et de remboursement de ce vaccin? Des discussions sont-elles en cours avec les Communautés et les pédiatres à ce sujet? Où en sont-elles? Un remboursement du vaccin, dont le coût est important pour les familles concernées, est-il envisagé?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Gatelier, à l'heure actuelle et du point de vue de la

santé publique, le Conseil Supérieur de la Santé ne recommande toujours pas la vaccination contre le méningocoque de type B dans le cadre du calendrier vaccinal de base du Conseil. Dans son dernier avis de 2023, le Conseil recommande uniquement une vaccination contre le méningocoque pour trois groupes à risque. À ce jour, aucun remboursement par les autorités fédérales n'est envisagé dans le cadre de la vaccination des nourrissons contre les infections invasives à méningocoques du séro groupe B.

La firme GSK avait introduit en 2018 une demande de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) pour la spécialité Bexsero mais elle n'a pas pu mener à une inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. En ce qui concerne la spécialité Trumenba de Pfizer, aucune demande de remboursement n'a été à ce jour introduite auprès de la CRM.

La vaccination contre les méningocoques du séro groupe B relève de la compétence des entités fédérées. Seul le vaccin contre la polio est encore une compétence fédérale. Par conséquent, j'ignore si des discussions sont en cours à ce sujet au niveau des entités fédérées.

Pour rappel, l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) et Kind en Gezin sont chargés de gérer le programme de vaccination à destination des enfants et des jeunes entre 0 et 18 ans, des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur non universitaire et des femmes enceintes. Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, l'ONE sélectionne tous les quatre ans les vaccins qu'elle met à la disposition des vaccinateurs pour les bébés, enfants et adolescents. L'ONE procède pour ce faire par marchés publics d'achat.

À ce jour, le programme de vaccination de la Fédération Wallonie-Bruxelles met déjà gratuitement à disposition des doses de vaccin contre les méningocoques A, C, W135 et Y pour les bébés.

20.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Néanmoins, 259,50 euros, voilà ce que coûte actuellement une vaccination complète contre la méningite de type D que les parents doivent prendre en charge pour protéger leurs enfants contre une maladie que nous connaissons tous tant elle est terrible sur son diagnostic et ses conséquences. Ces 259,50 euros représentent environ 10 % du salaire net moyen des jeunes familles en Belgique.

Ce vaccin a prouvé son efficacité et a fait l'unanimité du corps médical car il est très largement prescrit dans les consultations de suivi des nourrissons chez les pédiatres et les médecins généralistes. Malheureusement, certains parents ne peuvent pas prendre en charge financièrement ce traitement et cette situation crée une inégalité vaccinale insupportable pour un pays qui met dans ses priorités une accessibilité équitable entre tous les citoyens dans la prise en charge financière des traitements médicaux.

Dès lors, monsieur le ministre, merci de revoir votre position et celle des consultants en cette matière afin d'étendre les groupes à risque aux enfants en bas âge, tel que cela a été considéré du côté français, mais aussi par le Conseil Supérieur de la Santé en septembre 2023.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les maladies rares" (56000574C)

21 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zeldzame ziekten" (56000574C)

21.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): *Monsieur le ministre, depuis 2013 et l'adoption du 1^{er} plan maladies rares, les choses ont beaucoup évolué, notamment au niveau des connaissances scientifiques et de la prise en charge des patients, mais aussi au niveau de la situation politique belge.*

Mais les enjeux pour les patients souffrant de maladies rares (qui représentent tout de même entre 500 000 et 700 000 personnes en Belgique) concernent toujours la nécessité de réduire le délai de diagnostic et cette errance très difficilement vécue, la question de la qualité des soins et de l'accessibilité des traitements, ainsi que l'importance de la qualité de vie pour les patients concernés et leurs proches.

En mai dernier, vous annonciez l'approbation, par le Comité de l'assurance de l'INAMI, d'une convention pour les patients atteints de 4 maladies rares. Cette convention vise notamment à mettre en place des coordinateurs de soins dont la mission est de veiller à ce que les patients concernés bénéficient des soins nécessaires et soient guidés à travers les étapes du traitement prévues dans un plan de soins individualisé et vise aussi à renforcer la coopération multidisciplinaire autour de ces patients.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes: Pourriez-vous faire un état des lieux de la mise en œuvre de cette convention (nombre de patients impliqués,...)? Pourriez-vous nous éclairer sur la façon dont cette "phase pilote" relative à ces 4 maladies sera évaluée (selon quels critères? dans quel délai? par qui? ...) Pourriez-vous nous éclairer quant aux liens entre la reconnaissance de centres d'expertise et cette convention? Pourriez-vous également nous éclairer quant à l'enregistrement des données et au Registre central des maladies rares? Est-il opérationnel? Quelle est l'évolution du nombre de données enregistrées? Pourriez-vous nous éclairer quant à la mise en œuvre des recommandations émises par Radiorg dans leur memorandum (notamment la création d'une ligne d'information évoquée)? Est-ce que des mesures ont déjà été adoptées à ce sujet? Pourriez-vous, enfin, nous informer de la concertation que vous menez avec Radiorg, l'association faîtière belge des personnes atteintes de maladies rares?

21.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Gatelier, après l'approbation par le Comité de l'assurance de cette convention, les huit fonctions "maladies rares" étaient tenues d'introduire une candidature pour chacune des quatre maladies rares pilotes, à savoir l'épidermolyse bulleuse, l'immunodéficience primaire, l'atrophie multisystémique et la fibrose pulmonaire idiopathique, pour lesquelles elles se considéraient expertes.

Toutes les candidatures ont été introduites selon les modalités prévues dans la convention. En ce qui concerne l'épidermolyse bulleuse, seul un dossier a été introduit; six l'ont été pour l'immunodéficience primaire; trois pour l'atrophie multisystémique et cinq pour la fibrose pulmonaire idiopathique. Les dossiers de candidature sont encore en cours d'examen par l'INAMI. Leur analyse sera soumise en première instance au Collège des médecins-directeurs institué auprès du Service des soins de santé de l'INAMI.

L'intention est de soumettre l'analyse de la candidature transmise par l'UZ Leuven dans le cadre de l'épidermolyse bulleuse dans le courant du mois de novembre et de travailler à la rédaction d'un avenant qui règle la prise en charge spécifique des patients souffrant d'épidermolyse bulleuse.

Il est également dans l'intention d'évaluer la faisabilité, la mise en œuvre et la pertinence du modèle sur la base duquel la convention a été élaborée, avant le terme de la période de validité de la convention qui est de cinq ans. Dans l'intervalle, au terme de deux ans et demi d'application de la convention, celle-ci fera l'objet d'une évaluation.

Pour les centres d'expertise, j'estime qu'une concentration est nécessaire et importante étant donné qu'il n'y a qu'un nombre limité de spécialistes qui maîtrisent ce domaine des maladies rares. Ce grand principe sera inscrit dans le nouveau plan, actuellement en cours d'élaboration par le SPF.

Quant à l'enregistrement des maladies rares, il s'agit d'une priorité absolue. Il y a eu beaucoup de problèmes techniques. J'ai fait savoir clairement que cet enregistrement était urgent et qu'il devait donc être mis en ordre rapidement. Je suis l'évolution de ce dossier par l'intermédiaire de mon cabinet

Le nouveau plan de lutte contre les maladies rares inclura les recommandations formulées par RaDiOrg. Je pense qu'il est important que les patients puissent également faire entendre leur voix. Ils constituent le groupe vraiment concerné.

Les recommandations de RaDiOrg sont prises en compte dans le travail pour l'élaboration d'un nouveau plan belge pour les maladies rares. Ce travail avance et RaDiOrg, tout comme les autres parties prenantes, continuera à être régulièrement consultée pour permettre une élaboration commune de ce nouveau plan.

21.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Ma réplique sera très courte. Merci, monsieur le

ministre, car je suis un député comblé d'avoir eu la réponse précise et complète à chacune de mes questions. Voilà qui terminera positivement cet après-midi. Ma question était surtout destinée à connaître votre position par rapport au colloque qui aura lieu ici ce jeudi concernant les maladies rares. Je vous en remercie beaucoup.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.10 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 10.*