

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 10 JUNI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 10 JUIN 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 11 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.11 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 **Samengevoegde vragen van**

- Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De herevaluatie van pesticidevergunningen naar aanleiding van normoverschrijdingen in het water" (56003506C)

- Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De herevaluatie van de pesticidevergunningen naar aanleiding van normoverschrijdingen in het water" (56004978C)

01 **Questions jointes de**

- Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réévaluation des autorisations de pesticides à la suite de dépassements de normes dans l'eau" (56003506C)

- Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réévaluation des autorisations de pesticides à la suite de dépassements des normes dans l'eau" (56004978C)

01.01 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de Europese Commissie publiceerde in februari een rapport over de opvolging van de Kaderrichtlijn Water, dat verontrustende resultaten met betrekking tot onze waterkwaliteit aankaartte. Verschillende gezondheids-, milieu- en natuurorganisaties hebben daar ondertussen al op gewezen en hebben u gevraagd om daarin uw medebeslissingsrecht uit te oefenen en uw verantwoordelijkheid op te nemen.

Volgens Fytoweb werd in 2023 in ons land 239 ton PFAS-houdende pesticiden verkocht. Er zijn nog 32 werkzame stoffen vrij verkrijgbaar op de Belgische markt, waarvan een aantal PFAS bevatten of afbreken tot trifluorazijnzuur, kortere PFAS-verbindingen, die zo in ons drinkwater terechtkomen. In Wallonië zijn enkele richtwaarden overschreden, maar ook in Vlaanderen is de situatie niet goed. Ik ga niet in op de biodiversiteit en de landbouw, maar wel op de volksgezondheid. We weten dat er verbanden zijn tussen pesticiden en bepaalde types van kanker en neurodegeneratieve aandoeningen zoals de ziekte van Parkinson.

We zien dat normen vaak eerder versoepeld dan verstrengd worden. In de schriftelijke versie van mijn vraag heb ik daarvan enkele voorbeelden gegeven.

Dat roept de vraag op of voor bepaalde pesticiden de vergunningen al dan niet moeten worden herbekeken. Artikel 44 van verordening nr. 1107/2009 verplicht lidstaten immers om toelatingen te herzien als de doelstellingen van de Kaderrichtlijn Water niet worden gehaald. Daarnaast is ook het koninklijk besluit van 9 januari 2007 van kracht, dat het KB van 28 februari 1994 wijzigt, waarin de minister van Volksgezondheid duidelijk de bevoegdheid krijgt om het gebruik van gewasbeschermingsmiddelen, dus pesticiden, te reguleren.

Mijnheer de minister, onze logische vraag is dan ook of u dat effectief zult doen in het licht van de gegevens die ik heb opgesomd. Zult u met uw collega, de minister van Landbouw, David Clarinval, daarover in gesprek gaan? In welke mate is dat conform het KB van 2007?

Hoe verloopt de samenwerking met de gewesten om die kwestie structureel aan te pakken?

Vinden effectief systematische herevaluaties van pesticiden plaats in het kader van de normoverschrijdingen in oppervlakte-, grond- of drinkwater?

Tot slot, acht u het noodzakelijk om vergunningen van bepaalde pesticiden te herzien, in het bijzonder de PFAS-houdende of de trifluorazijnzuurgerelateerde pesticiden?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Sutter, artikel 44 van de verordening nr. 1107/2009/EG voorziet inderdaad in de mogelijkheid voor een lidstaat om de toelatingen van gewasbeschermingsmiddelen onder bepaalde voorwaarden te herzien, met name wanneer de doelstellingen van de richtlijn 2000/60/EG mogelijks niet worden bereikt.

Daarbij moet men rekening houden met drie elementen.

Ten eerste, PFAS, TFA en 1,2,4-triazool zijn afbraakproducten die meerdere origines kennen, zoals gewasbeschermingsmiddelen, biociden, diergeneesmiddelen, de industrie en nog andere, waardoor het complex is om de bijdrage van alleen maar gewasbeschermingsmiddelen in de waargenomen concentraties in het water te bepalen. Ten tweede, periodieke herbeoordelingen zijn voorzien in de bepalingen van de verordening 1107/2009, meer bepaald in artikel 14 voor werkzame stoffen en in artikel 43 voor gewasbeschermingsmiddelen, om rekening te houden met de nieuwste wetenschappelijke kennis. Ten derde, die herbeoordelingen hebben al geleid tot de intrekking of procedures tot intrekking van de toelating van verschillende PFAS-stoffen of stoffen die bijdragen aan de vorming van TFA en 1,2,4-triazool.

Er is echter nog geen parameterwaarde van toepassing op PFAS vanwege de afwezigheid van Europese richtlijnen voor de monitoring van die parameter, overeenkomstig de Europese richtlijn 2020/2184. TFA is bovendien officieel niet geclassificeerd als toxisch voor de reproductie door het Europees Agentschap voor chemische stoffen.

In het regeerakkoord hebben we dan ook opgenomen dat we actief een horizontale en geharmoniseerde aanpak op Europees niveau ondersteunen. Daarnaast zal ik met mijn collega's, de minister van Landbouw en de minister van Leefmilieu, onderzoeken welke acties wij reeds op nationaal niveau kunnen nemen, in afwachting van de Europese drempelwaarden, om het voorzorgsbeginsel zoveel mogelijk toe te passen. Dat is het antwoord op uw eerste vraag.

Ten tweede, wanneer een stof een specifieke norm heeft in een bepaald type water en er normoverschrijdingen worden vastgesteld ten gevolge van diffuse verontreiniging, dan worden de monitoringgegevens van de bevoegde waterautoriteiten in aanmerking genomen bij de verlenging van de toelatingen, zoals bepaald in artikel 43 van de verordening 1107/2009. Als die normoverschrijdingen herhaaldelijk voorkomen, wordt de situatie regelmatig herbeoordeeld door mijn administratie en worden indien nodig maatregelen genomen voor de betrokken producten, zoals gebruiksbeperkingen of zelfs een volledige uitdehandename.

Ten derde, de samenwerking tussen de verschillende bevoegde entiteiten gebeurt op meerdere niveaus. Zo is er de werkgroep Pesticiden van het Coördinatiecomité Internationaal Milieubeleid en het Erkenningscomité voor bestrijdingsmiddelen voor landbouwkundig gebruik, waarin vertegenwoordigers van de verschillende federale en regionale officiële instanties samenkomen en waar over de normoverschrijdingen in het water en de noodzaak om de toelatingen van de betrokken gewasbeschermingsmiddelen te herzien kan worden beslist. Er is ook een werkgroep Water van het Coördinatiecomité, belast met het coördineren van de Belgische standpunten over de herziening van de Kaderrichtlijn Water en de afgeleide richtlijnen 2006/118/EG en 2008/105/EG om de wetgevisbepalingen over de door u benadrukte problemen te herzien.

01.03 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw omstandige antwoord op mijn vragen.

U zult het met me eens zijn dat wij op het vlak van volksgezondheid het voorzorgsprincipe moeten hanteren en alles moeten doen om de gezondheid van onze bevolking en van de volgende generaties te vrijwaren. In dat opzicht zijn dergelijke producten risicovol.

Ik begrijp ook dat het niet alleen over pesticiden gaat, maar ook over producten die in de industrie of in andere contexten kunnen worden gebruikt, wat de regulering en de handhaving veel moeilijker maakt.

Ik hoop dat u de strijd voor de volksgezondheid in relatie met die producten ook de komende jaren zult voortzetten.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le poids croissant des médecins de plus de 65 ans" (56005579C)

02 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het steeds grotere percentage artsen boven de 65" (56005579C)

02.01 Daniel Bacquelaine (MR): *Monsieur le ministre, la Belgique fait face, dans certaines régions du pays, à une pénurie croissante de médecins. En Wallonie, il manque actuellement 145 médecins généralistes pour répondre aux besoins de la population. On compte un nombre de plus en plus élevé de médecins généralistes âgés de plus de 65 ans, selon les dernières statistiques de l'INAMI.*

(Pas de son en début d'intervention)

Cette proportion a presque doublé en 10 ans, passant de 10 % en 2013 à 18 % actuellement, soit une augmentation de 83 %. Les médecins plus âgés éprouvent des difficultés, au vu des quelques années de pratique qu'il leur reste, à recourir à la facturation électronique via eAttest. Je sais que, sous certaines conditions, ils peuvent en être dispensés.

De plus, il leur est impossible d'inscrire leurs patients dans un dossier médical global (DMG) puisque celui-ci n'est actuellement accessible que par la voie informatique. C'est très clairement contraire à la loi et conduit à une discrimination inacceptable vis-à-vis d'un certain nombre de patients. En effet, ceux-ci n'ont pas à choisir leur médecin en fonction de l'enregistrement du dossier médical global.

Monsieur le ministre, dans quelle mesure cette préoccupation peut-elle être partagée? Peut-on autoriser ces médecins plus âgés à encore exercer, tout en faisant bénéficier leurs patients de la reconnaissance d'un dossier médical global? Est-il souhaitable de maintenir ces médecins en activité? C'est en effet bien de cela qu'il s'agit. On constate une pénurie de généralistes dans certaines régions du pays. Par conséquent, si l'on devait remplacer brusquement ces praticiens plus âgés par de jeunes médecins, il en faudrait des centaines. Je considère que les médecins plus âgés méritent notre attention. Voilà le sens de ma question.

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Cher collègue, la facturation électronique pour les médecins sera en effet obligatoire à partir du 1^{er} septembre 2025. Il s'agit de l'exécution d'une obligation légale. Je vous renvoie à cet égard à l'arrêté royal portant exécution de l'article 5, §1^{er}, alinéas 1^{er}, 3 et 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994. Dans cet arrêté, certaines exceptions ont été prévues, notamment en ce qui concerne les médecins âgés. Si le médecin a atteint l'âge de 67 ans à la date du 1^{er} janvier 2023, la transmission peut se faire exceptionnellement via un document papier. Par ailleurs, nous recommandons à tous les médecins de continuer à disposer d'attestations papier, même après le 1^{er} septembre 2025, pour des cas d'urgence.

Concernant le dossier médical global, il est à noter que l'un des objectifs du passage au DMG électronique (eDMG) est d'assurer aux patients une meilleure prise en charge médicale globale. Le eDMG permet notamment aux médecins généralistes de créer un résumé de santé. C'est une information médicale concise destinée à partager les informations essentielles sur la santé du patient – opérations, maladies chroniques, traitements en cours, etc. – entre les prestataires de soins de santé,

ce qui peut être utile en cas d'urgence. L'utilisation de l'eDMG est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2021.

Des mesures transitoires et d'aide avaient été progressivement mises en place dans ce cadre jusqu'au 31 décembre 2024. Actuellement, mon intention n'est pas de revenir là-dessus.

02.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, j'entends bien l'exception prévue dans l'arrêté concernant les médecins de plus de 67 ans en 2023.

Par contre, pour l'eDMG, je pense qu'il y a une nette discrimination par rapport aux patients. Je me pose vraiment la question de cette discrimination et je m'étonne d'ailleurs que des actions n'aient pas déjà été entreprises à cet égard.

Peut-être serait-il nécessaire de prévoir l'équipement des médecins plus âgés en matière informatique par une prime particulière, étant donné le peu d'années permettant l'amortissement de cet investissement. Les médecins plus âgés n'investissent pas dans cet équipement aujourd'hui, pensant qu'ils vont peut-être arrêter dans un, deux ou trois ans.

Nous n'avons pas intérêt à précipiter cette décision de retraite compte tenu d'une certaine pénurie. Il serait peut-être nécessaire de prévoir une aide spécifique pour l'équipement informatique de ces médecins qui continuent à travailler à un âge dépassant celui de la pension.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De problematische terugval van de conventioneringsgraad van de vroedkundigen in de eerstelijnszorg" (56004979C)

03 Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le problème de la baisse du taux de conventionnement des sages-femmes en soins de première ligne" (56004979C)

03.01 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, inmiddels kennen we het probleem van de afname van de conventioneringsgraad van de vroedvrouwen. Bovendien is het een eerstelijnszorgberoep waarbij voornamelijk zelfstandige vroedkundigen de perinatale zorg aan huis toedienen. Dat is onrustwekkend, zeker in het kader van de eerste-1.000-dagenactie, waarbij perinatale zorg essentieel is. Wij ondersteunen trouwens helemaal de doelstellingen van dat project, zoals u weet, maar als blijkt dat die aandacht betekent dat er verloningsproblemen optreden binnen de eerstelijnszorg bij de vroedkundigen, dan is er volgens ons een probleem.

Het voorstel voor een betere verloning in het begrotingsvoorstel van het Verzekeringscomité voor 2024 werd door u geschrapt, met de boodschap dat de beperkte beschikbare middelen naar het eerste-1.000-dagenproject gaan. Daardoor gaan die middelen meteen naar de ziekenhuizen en niet naar de zelfstandige vroedkundigen in de eerstelijns thuiszorg.

Uit een studie van 2022 blijkt dat de nomenclatuur voor vroedkundige activiteiten wordt gelijkgesteld aan een jaarlijks bruto inkomen van 27.000 euro. Dat kunnen we toch bezwaarlijk een aanvaardbare vergoeding noemen voor een cruciaal beroep met een grote verantwoordelijkheid. Ik vermoed dat u het daarmee eens bent. Bovendien is het ook in schril contrast met sommige andere beroepsgroepen in de gezondheidssector.

In uw beleidsverklaring lezen we helaas geen echte concrete toezeggingen om het beroep van vroedkundige in de eerste lijn te honoreren of van een billijke vergoeding te voorzien. Het is dan ook niet verwonderlijk dat vooral zelfstandige vroedkundigen in de thuiszorg deconventioneren.

Voorziet u een herziening van de nomenclatuur van de beroepsgroep van de vroedkundigen in de perinatale thuiszorg in het algemeen en de zelfstandige vroedkundigen in het bijzonder? Erkent u op zijn minst dat de vergoeding van de vroedkundigen in de thuiszorg niet volwaardig genoemd kan worden en niet in verhouding is tot de opleiding en de verantwoordelijkheid die de vroedkundigen hebben? Moeten we uit uw beleid afleiden dat de kraamzorg en perinatale zorg eerder bij de ziekenhuizen thuishoren en dat u zo de vroedkundige thuiszorg wilt uitfaseren?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Een van de actiepunten voor 2025, opgenomen in de laatste overeenkomst met de vroedvrouwen, is het indienen van een aanvraag voor een proefproject. Het betreft een project in het kader van artikel 56 over de herziening van de financiering van de vroedvrouwensector. De bedoeling is te komen tot de ontwikkeling van een beter organisatie- en financieringsmodel voor vroedvrouwen. Verschillende aspecten zullen daarbij aan bod komen, waaronder het in kaart brengen van eventuele aanpassingen aan de nomenclatuur die nodig zijn om tegemoet te komen aan de noden op het terrein. De aanvraag wordt momenteel voorbereid door de partners in de Overeenkomstencommissie vroedvrouwen-verzekeringsinstellingen, met de bedoeling die in september 2025 in te dienen, zodat het proefproject kan worden opgenomen in de begrotingsopmaak voor 2026.

Ik kom tot uw tweede vraag. Uit de studie *Vroedvrouwen op de arbeidsmarkt 2022* van de Planningscommissie-medisch aanbod, gericht aan de FOD Volksgezondheid, blijkt dat het mediaan terugbetaalde bedrag voor vroedvrouwen in de leeftijdscategorie 55 tot 64 jaar 27.066 euro bruto per jaar bedraagt. Dat bedrag heeft uitsluitend betrekking op inkomsten uit terugbetaalde prestaties binnen de RIZIV-nomenclatuur. Het houdt dus geen rekening met eventuele aanvullende inkomsten uit andere bronnen, zoals supplementen, forfaitaire vergoedingen of prestaties buiten de nomenclatuur. Het toont wel aan dat de werksituatie van vroedvrouwen die volledig afhankelijk zijn van RIZIV-vergoedingen precair is. Ik ben me daarvan bewust en dat is ook de reden waarom we in het regeerakkoord hebben opgenomen dat we een leefbaar kader zoeken voor vroedvrouwen in de eerste lijn. Daar moeten we aan werken.

Ik zal nu antwoorden op uw derde vraag. Het is zeker niet de bedoeling om vroedkundige thuiszorg te laten uitfasen, maar juist om in te zetten op een leefbaar kader voor vroedvrouwen in de eerste lijn. Vroedvrouwen hebben immers een belangrijke rol in de zorg en ik blijf me inspannen voor een gezondheidszorgbegroting die echt tegemoetkomt aan prioritaire behoeften van patiënten, gezinnen en zorgverleners, inclusief vroedvrouwen.

Naast het proefproject waarnaar ik net verwees, wordt er gewerkt aan een aantal trajecten waarin de rol van de vroedvrouw in de eerste lijn wordt bevestigd. Het transversaal perinataal zorgtraject voor kwetsbare zwangere vrouwen, waarin ook vroedvrouwen in de eerste lijn een belangrijke rol hebben, wordt dit jaar versneld toegepast in het werkveld. Er wordt ook gewerkt aan een concreet voorstel voor een perinataal traject voor laagrisicozwangerschappen. In 2026 en de daaropvolgende jaren kan dit voorstel worden geconcretiseerd met de vereiste reglementaire aanpassingen, de nodige budgettaire middelen en afspraken met de partners in het veld. Het is de bedoeling dat elke vroedvrouw, binnen de scope van haar competenties zoals beschreven in het beroepsprofiel, in de volledige perinatale periode de mogelijkheid krijgt om haar competenties gerespecteerd te zien en haar rol versterkt te zien.

03.03 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoorden.

Ik ben blij dat u bevestigt dat vroedkundigen in de eerste lijn een belangrijke rol spelen in de geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak die we vandaag extramuraal willen toepassen in de perinatale zorg.

U bevestigt ook de zeer preciaire beroepsinkomsten uit RIZIV-gerelateerde activiteiten, wat absoluut geen stimulans is om op die manier voor het beroep te kiezen. We hopen dan ook dat alle initiatieven die u hebt opgesomd daadwerkelijk zullen bijdragen tot de valorisatie en opwaardering van het beroep. Het gaat immers om een zware studie, wat we niet mogen vergeten, voor mensen die een belangrijke rol spelen in de eerste lijn.

We zullen uiteraard graag opvolgen hoe dit alles in de komende jaren geconcretiseerd zal worden. Dank u wel.

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

04 Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overtal versus de wachttijden bij artsen-specialisten" (56004980C)

04 Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le surplus de médecins spécialistes face aux temps d'attente" (56004980C)

04.01 **Petra De Sutter** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de voorbije weken kwam naar aanleiding van een reportage in *Terzake* al herhaaldelijk het tekort aan huisartsen en specialisten en de daarmee gepaard gaande vermindering van de zorgkwaliteit aan bod. Onlangs leerden we uit de pers dat dermatologen zelfs een patiëntenstop moesten invoeren. Anderzijds zijn er te veel kandidaten voor specialismen als heelkunde, urologie en gynaecologie en zou men kunnen spreken van een mismatch. Die specialisten in opleiding worden soms gedurende een aantal jaar voor de fameuze fellowships in de ziekenhuizen ingezet als een soort veredelde assistenten, zonder ernstig statuut. Eigenlijk komen zij terecht in een soort van wachtkamer waar ze moeten wachten tot er toch een plaats vrijkomt, wat helaas voor een aantal van hen niet het geval is, volgens de reportage.

U stelde in het verleden al dat alle studenten die afstuderen een opleiding tot de een of andere beroepstitel en een RIZIV-nummer moeten kunnen krijgen. Dat blijkt voor die specialismen niet het geval te zijn. Wat kunt u doen om dat engagement hard te maken?

Kunt u wat meer cijfers geven over het aantal artsen-specialisten dat een jaar na afronding van de opleiding in de specialismen die ik heb opgesomd, niet volwaardig aan de slag is? Hoeveel komen uit het buitenland en gaan terug? Hoeveel van hen blijven hier?

Zult u bij de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen, inzonderheid de universitaire ziekenhuizen, ook rekening houden met de fellowships? Daar is er immers een link met de subquota, waarvoor de gemeenschappen bevoegd zijn en wat een discussiepunt blijft tussen het federale en het deelstatelijke niveau.

Wat kunt u nog verder doen om de mismatch waarbij er te veel van sommige specialismen en te weinig van andere specialismen zijn, te voorkomen?

Is het ingangsexamen niet al te zeer een soort voorselectie voor technisch-wetenschappelijke specialismen, waarvoor er op het einde van de rit dan te veel kandidaten zijn, terwijl meer intermenselijke en sociale vaardigheden, die nodig zijn voor bijvoorbeeld het huisartsenberoep, te weinig worden getest? Kortom, kan de mismatch al bij het ingangsexamen worden voorkomen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Sutter, voor studenten geneeskunde, die zes jaar opleiding volgen, is het, meen ik, een normale verwachting dat ze toegang kunnen krijgen tot een professionele vorming, die dan tot een specifieke beroepskwalificatie of een beroepstitel leidt. Kan men daar een absolute garantie voor geven? Nee, ik meen niet dat men dat kan. Dat kan in geen enkele sector, dus ook niet in de gezondheidszorg.

Ontwikkelingen in de techniek en in de wetenschap hebben natuurlijk gevolgen. Er zijn bijvoorbeeld alsmäär meer alternatieven voor bepaalde cardiochirurgische ingrepen. Ingrepen op hartslagaders of op hartkleppen worden in hoofdzaak gedaan door cardiologen. Cardiochirurgie blijft nodig en nuttig, maar mogelijk voor beperkte domeinen. Flexibiliteit in de carrière is dus wel belangrijk. De nieuwe erkenningscriteria voor viscerale, thoracale, vasculaire en cardiale heelkunde, die midden 2026 van kracht worden, houden daarmee al rekening.

Voor de keuzes van specialisaties zijn alle analyses van de Planningscommissie natuurlijk heel relevant. Maar de vorming van een arts-specialist vraagt vele jaren en het kan dus wel zijn dat een nieuwe technologische evolutie, bijvoorbeeld nieuwe medicatie voor nefrologie, een impact heeft op de korte termijn. Flexibiliteit en heroriëntatie zouden in de toekomst dus wel belangrijker kunnen worden.

U vroeg hoe groot het aantal kandidaten is dat niet voltijds of helemaal niet aan de slag kan. Dat is geen eenvoudige vraag. Gelet op de aard van de activiteit en het sociaal statuut van de gevormde arts-specialist, die meestal zelfstandig is, is het met name niet eenvoudig een lage activiteit te meten. Ik meen wel dat dat soort analyse mogelijk moet en zal zijn zodra het praktijkregister volledig operationeel

is en de administratie over meerdere jaren beschikt om berekeningen en ook vergelijkingen op basis van een longitudinale benadering te maken.

U vroeg hoeveel artsen vertrekken naar het buitenland na het afstuderen. De enige informatie waarover de Planningscommissie beschikt, zijn de data van artsen die niet in België beroepsactief zijn. We weten echter niet of ze in het buitenland een professionele activiteit uitoefenen. Voor de jaren 2017-2021 rapporteerde de Federale Planningscommissie over niet-actieve artsen jonger dan 65 jaar het volgende: 1.837 niet-actieve huisartsen, of 13 %, van wie 1.239, of twee derde van die groep, buiten België wonen; 4.963 niet-actieve artsen-specialisten, of 19 %, van wie meer dan driekwart buiten België woont, namelijk 3.835 om precies te zijn. De administratie zal voor de zomer nieuwe gegevens ontvangen om de publicatie van de Planningscommissie te actualiseren.

Uw vraag over het idee van het fellowship is interessant en belangrijk. Een debat en een beetje kritische zelfreflectie zijn inderdaad nodig: waarom lukken sommige jonge specialisten er niet in om toegang te krijgen tot groepen die nochtans een heel drukke agenda hebben? Dat is een interessante vraag. Moeten we inderdaad in de statuten waarmee ze wel binnen kunnen, zoals die fellowships, niet wat orde brengen? Dat moet worden onderzocht, zoals ik al antwoordde aan mevrouw De Knop. Ik heb ook al een advies gevraagd daarover.

Over de subquota kan ik u meegeven dat u de opvolging van de contingentering elk jaar terugvindt in het jaarverslag van de Planningscommissie. We discussiëren daar ook over in de IKW Gezondheidszorgberoepen.

Voor de vraag over het toegangsexamen zou ik willen verwijzen naar de ministers van Onderwijs, die daarvoor bevoegd zijn.

04.03 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het is inderdaad een probleem dat meerdere dimensies kent. Dat betekent dat er voor de oplossing ook meerdere wegen zullen moeten worden bewandeld.

Opnieuw hoor ik dat daarover wordt nagedacht en dat een aantal pistes op tafel ligt om die mismatch aan te pakken, mismatch waarvan u stelt dat hij nooit 100 % kan worden vermeden. Ik ben het daar ook mee eens, want men moet echt al ver in de toekomst kijken.

Dat neemt niet weg dat we toch heel wat gegevens ontbreken. Wat doen de artsen bijvoorbeeld die naar het buitenland trekken? Oefenen die artsen inderdaad in het buitenland hun beroep uit of ontplooiën ze daar een compleet andere activiteit? Ik vind die percentages toch vrij hoog: 19 % van de specialisten en 13 % van de huisartsen. Zij worden tenslotte door ons opgeleid, ze behalen hun beroepstitel met onze gemeenschapsmiddelen en vertrekken dan naar het buitenland.

Maar goed, misschien is dat een onderwerp voor een bredere discussie. Ik dank u voor uw antwoord.

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

05 Vraag van Petra De Sutter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ultrabewerkte voeding en het uitblijven van een voedingsplan" (56004981C)

05 Question de Petra De Sutter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les aliments ultra-transformés et l'absence de plan nutrition" (56004981C)

05.01 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, u weet – daarover bestaan recente rapporten – dat screening en diagnose-expansie op zich niet altijd veel gezondheidswinst opleveren en dat er misschien meer op preventie moet worden ingezet, met name op een gezonde levensstijl, rookstop, gezonde voeding en voldoende beweging. We zijn het daarover zeker eens.

Een van de aspecten waarnaar onze aandacht uitgaat, is de bezorgdheid over ultrabewerkte voeding, ook wel UPF genoemd. Elke stijging van 10 % calorie-inname via UPF verhoogt het risico op vroegtijdig overlijden met bijna 3 %. Dat is toch redelijk impressionant. We willen zo veel mogelijk evidencebased

werken. Dat zijn cijfers om mee aan de slag te gaan.

UPF wordt gelinkt aan minstens 32 gezondheidsproblemen, aan klassieke beschavingsziekten zoals hartziekten, diabetes, obesitas en zelfs depressie.

In 2024 heeft het Parlement een resolutie goedgekeurd met het oog op een vernieuwd federaal voedings- en gezondheidsplan om die UPF, die ultrabewerkte voeding, beter te reguleren. We vinden in uw beleidsverklaring en in uw beleidsnota echter geen geïntegreerde uitwerking van dat idee terug.

U hebt het in uw nota en in uw verklaring over een aantal maatregelen. Zo wil u de Nutri-Score aanpakken, maatregelen nemen met betrekking tot obesitas en limieten voor bepaalde voedingsstoffen en supplementen vastleggen, maar eigenlijk hebben we nood aan een vernieuwd voedings- en gezondheidsplan dat echt geïntegreerd en holistisch is. Dit stond in het verleden al op de agenda. Het is beloofd sinds 2021, maar het lijkt voortdurend te worden uitgesteld.

Mijnheer de minister, waarom is dat zo? In plaats van afzonderlijke maatregelen te nemen is er nood aan een groter plan.

Hoe zal het overleg daarover worden opgestart? Welke actoren zullen daarbij worden betrokken? Zowel Sciensano als de Hoge Gezondheidsraad pleiten voor een brede consultatie, waarvoor ook voldoende middelen nodig zullen zijn.

Wat betreft het obesitasplan dat u hebt aangekondigd, u zegt te zullen overleggen met de diëtisten. Wie zal daar nog bij worden betrokken? Zoals u weet, waarschuwt de beroepsvereniging immers voor voedingsadvies door niet-gereguleerde voedingscoaches. We zien die immers alsmaar meer. Er zijn coaches voor alles en nog wat, ook voor voeding. Hoe ziet u dat?

Wat betreft de Nutri-Score, zult u ook rekening houden met de bewerkingsgraad van voeding om bijvoorbeeld ultrabewerkte voeding op de een of andere manier een minder goede score te geven? Dat zou mogelijk zijn, dus bent u dat van plan? Wordt de mate van bewerking ook opgenomen in monitoringprojecten zoals Nutritrack of EUREMO? Zo niet, waarom?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Sutter, voeding is een uitermate belangrijk thema. Er bestaat daar veel wetenschappelijk onderzoek over en ik wil dat verder ter harte nemen. In het regeerakkoord heb ik daarvoor echter geen aanknopingspunten. Dat werd niet uitgepraat, dus dat betekent dat ik moet nadenken over wat ik binnen het regeerakkoord kan doen.

In september plannen we een symposium over gezonde voeding met alle betrokken actoren uit de overheid en de voedingssector om een startpunt te creëren waarop verdere acties kunnen worden geënt. Er zijn heel wat onderwerpen, zoals het gebruik van de Nutri-Score, hoe we dat verder ontwikkelen en of we daar naar verplichtingen gaan. We moeten ook nadenken over borstvoeding en de promotie daarvan, over formulering van voedingsmiddelen, de rol van volle granen, de rol van gejodeerd zout, vitamines in broodmeel en promotie van gezonde aanbiedingen. U kent dergelijke ideeën ongetwijfeld ook, maar ik wil daarover eigenlijk een startpunt zoeken in een symposium in september. We zullen dat vanzelfsprekend samen met alle stakeholders en ook met mijn collega's van de deelstaten moeten bekijken.

U verwees ook naar overleg met de diëtisten. We werken inderdaad specifiek samen met de deelstaten rond obesitas bij kinderen en jongeren. We zijn dat echt aan het lanceren als een interfederaal programma. Eerst moeten we de visie van de deelstaten kennen. Daarmee zijn we bezig. De formele raadpleging van alle betrokkenen en een echt stakeholdertraject moeten nog worden opgebouwd. De beroepsverenigingen van diëtisten zullen daar zeker bij betrokken worden, maar niet alleen zij. Ook kenniscentra zoals Eetexpert en CEPIA, organisaties die zich inzetten voor de preventie van obesitas, zullen daar deel van uitmaken. Daarnaast worden ook vertegenwoordigers van de pediatrie multidisciplinaire obesitascentra betrokken.

Wat betreft de mate van bewerking van voeding, momenteel classificeert de Nutri-Score al meer dan 80 % van de ultrabewerkte producten met een D- of E-score. Daardoor krijgt de consument in de praktijk al duidelijke informatie dat die producten ongezond zijn. Wat de toekomst betreft, hebben de ontwerpers van de Nutri-Score bijvoorbeeld het idee om een zwarte band rond het logo toe te voegen als

aanduiding van de mate van ultrabewerking van het product. Dat idee is nog niet ingevoerd in de landen die de Nutri-Score gebruiken, maar het zou inderdaad op de agenda kunnen komen. Dat gaat dan over het NOVA 4-criterium. Dat criterium kan inderdaad worden geïntegreerd in de monitoring die Sciensano uitvoert via het Nutrtrack-project, dat tot doel heeft de nutritionele samenstelling te controleren van levensmiddelen die sinds 2018 op de Belgische markt worden verkocht.

05.03 Petra De Sutter (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw antwoorden. Het verwondert me en ik vind het ook jammer te horen dat u zegt dat men in het regeerakkoord niet tot een akkoord is gekomen om te praten over een vernieuwd Federaal Voedings- en Gezondheidsplan, dus een geïntegreerd totaalplan, zoals dat door het Parlement werd gevraagd en eigenlijk al een aantal jaar werd voorgesteld.

Dat vind ik jammer en ook een beetje vreemd. Het is me niet duidelijk waar de barrières precies lagen. Ik hoop dan ook dat, als u alsnog enkele geïsoleerde stappen wilt zetten op het vlak van voeding en gezondheid – wat wij vanzelfsprekend ten volle zullen steunen –, er geen coalitiepartners in uw regering zijn die zullen vinden dat u daarin te ver gaat of dat u dat niet mag doen.

Ik begrijp de weerstand tegen een Federaal Voedings- en Gezondheidsplan niet echt goed, al meen ik die toch te kunnen afleiden uit uw antwoord. Misschien moeten we daar op een ander moment nog eens op terugkomen. Dank u wel.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Gehoörproblemen" (56004996C)

06 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les problèmes auditifs" (56004996C)

06.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, tijdens de vorige legislatuur werd een resolutie goedgekeurd met als doel om hoorapparaten toegankelijker te maken. Er werd gevraagd om na te gaan welke mogelijkheden er zijn om de administratieve procedure rond cochleaire implantaten op te nemen in de lijst van terugbetaalbare apparaten en om die procedure te vereenvoudigen, rekening houdend met de snelle evolutie van de gehoortechnologie. Ook werd gevraagd om de stappen te vergemakkelijken die een patiënt moet ondernemen om tot een financiële tegemoetkoming te komen.

Tot op heden wordt voor volwassenen slechts één cochleair implantaat terugbetaald, terwijl het voor personen jonger dan 18 jaar mogelijk is om een terugbetaling voor twee implantaten te bekomen. Waar 90 % van de dove kinderen een cochleair implantaat krijgt, kunnen slechts 10 % van de volwassenen met een cochleair implantaat worden geholpen.

Vijf Vlaamse organisaties voor personen met gehoorverlies vormen vanaf 1 oktober 2024 Hoornetwerk Vlaanderen. Zij vragen om meer zichtbaarheid en aandacht voor gehoorverlies, evenals meer aandacht voor screening en een aanpak rond revalidatie en nazorg voor kinderen, jongeren en volwassenen met gehoorverlies.

Mijnheer de minister, wat is er ondertussen gebeurd met betrekking tot de uitvoering van deze resolutie? Wat is volgens u de ratio legis van het beperken van de terugbetaling tot slechts één cochleair implantaat voor volwassenen, terwijl personen jonger dan 18 jaar recht hebben op een terugbetaling van twee implantaten?

Hoe staat u tegenover een screening van gehoorverlies bij volwassenen, in het bijzonder vanaf de leeftijd van 50 jaar? We begrijpen dat dat een bevoegdheid van de gemeenschappen is, maar bij tijdige detectie zal ook de behandeling eenvoudiger zijn.

Tot slot verwijs ik naar een Fins onderzoek dat zou aantonen dat mensen met gehoorverlies twee keer meer kans hebben op werkloosheid, dat zij minder verdienen en ook vroeger met pensioen gaan. Hebt u een zicht op het aantal mensen met gehoorproblemen die sneller van de arbeidsmarkt verdwijnen?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: In ons land maakt ongeveer 6,6 % van de volwassenen die in

aanmerking komen voor de terugbetaling van een cochleair implantaat daarvan daadwerkelijk gebruik. Dat is vergelijkbaar met andere landen: ongeveer 10 % in Australië, 6 à 8 % in de VS, 7 % in Nederland en minder dan 5 % in het Verenigd Koninkrijk. We weten niet met zekerheid waarom dat zo is, maar dat ligt waarschijnlijk aan een gebrek aan kennis over gehoorgezondheid en aan de complexiteit van de behandeling van gehoorverlies.

Om een implantaat op de lijst van terugbetaalde hulpmiddelen te plaatsen, moet een terugbetalingsaanvraag worden ingediend door de verdeler, een wetenschappelijke vereniging, een lid van de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen of de minister.

Patiënten hoeven geen specifieke stappen te zetten om een financiële tussenkomst aan te vragen. De terugbetalingsaanvraag wordt, indien nodig, ingediend door de implanterende arts-specialist, via een specifiek formulier. Sinds december 2019 is de drempel van gehoorverlies om in aanmerking te komen voor terugbetaling van een cochleair implantaat verlaagd van 85 dB HL naar 70 dB HL. Bovendien zijn de aanvraagprocedures in 2019 vereenvoudigd.

Wanneer de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering de goedkeuring van de adviserend arts of het College van artsen-directeuren vereist, moet die goedkeuring binnen 30 werkdagen na ontvangst van de aanvraag door de implanterende arts-specialist worden gegeven.

Voor bepaalde indicaties is geen aanvraagprocedure nodig en is de terugbetaling automatisch, zoals bij de terugbetaling van het eerste cochleair implantaat bij ernstig bilateraal gehoorverlies bij patiënten jonger dan 8 jaar, bij ernstig bilateraal gehoorverlies met dreigende ossificatie of bij vervanging van de externe geluidsprocessor of het implanteerbare deel. Bovendien is er sinds mei 2021 patiëntgerichte informatie beschikbaar op een speciale webpagina van het instituut.

Ik kom tot uw tweede vraag. Om de besluitvorming te ondersteunen bij de keuze van de beste behandeling voor patiënten met gehoorverlies, heeft het RIZIV het Kenniscentrum gevraagd om onderzoek te doen naar de effectiviteit van bepaalde gehoorimplantaten en de mogelijke noodzaak om hun terugbetaling uit te breiden. In het KCE-rapport gepubliceerd in 2020 werd geconcludeerd dat men niet beschikt over voldoende robuuste bewijzen om het RIZIV aan te bevelen die terugbetalingscriteria uit te breiden. Dat betrof zowel de terugbetaling van een tweede cochleair implantaat bij volwassenen als cochleaire implantaten bij kinderen of volwassenen met eenzijdige doofheid.

De Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen van het RIZIV streeft ernaar adviezen te geven gebaseerd op de principes van *evidence-based medicine*. Sinds de publicatie van dit KCE-rapport zijn er nieuwe wetenschappelijke gegevens gepubliceerd. Ik heb die ook meegenomen in een initiatief dat ik heb genomen. De evaluatie van de nieuwe gegevens heeft dan ook geleid tot een uitbreiding van de terugbetaling van cochleaire implantaten voor kinderen met eenzijdige doofheid, die op 1 januari 2024 van kracht is geworden. Daarnaast heeft het RIZIV eind vorig jaar een terugbetalingsaanvraag ontvangen voor een cochleair implantaat bij eenzijdige doofheid en asymmetrisch bilateraal gehoorverlies bij volwassenen. Die aanvraag is nu in behandeling.

U vraagt hoe ik tegenover screening sta. De Overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringsinstellingen is zich bewust van het belang van het vroegtijdig opsporen van gehoorverlies. Daarom heeft de Overeenkomstencommissie, in samenwerking met de huisartsenverenigingen en de NKO-artsen, op 3 maart 2023 de informatiecampagne *Gehoorgeverlies is nooit normaal* gelanceerd om dat meer bespreekbaar te maken bij de huisarts en zo een betere doorverwijzing te krijgen bij gehoorproblemen.

Na een nieuw overleg met de huisartsenverenigingen en met de verenigingen van verpleegkundigen en apothekers, heeft de Overeenkomstencommissie op 3 maart van dit jaar een opvolgcampagne gelanceerd gericht op een snelle doorwijzing vanuit verschillende eerstelijnsactoren in geval van gehoorverlies. U vindt die terug onder de benoeming *Gehoorgeverlies benoemen, bespreken en aanpakken als huisarts en eerstelijnszorgverlener* op de website van het RIZIV.

Ten slotte antwoord ik nog op uw vierde vraag. De Overeenkomstencommissie onderkent ook de negatieve impact die gehoorverlies kan hebben op werkloosheid, de kwaliteit van het werk en vervroegde uitredingen uit de arbeidsmarkt. Om die reden is dit ook nadrukkelijk naar voren gebracht in de informatiecampagne *Gehoorgeverlies is nooit normaal*, waarover ik het had. Er bestaan ook

wetenschappelijke artikels over deze problematiek. U vindt de verwijzingen daarnaar terug op de website van de informatiecampagne. Mijn diensten beschikken niet over precieze cijfers over het aantal mensen met gehoorproblemen die daardoor sneller uit de arbeidsmarkt verdwijnen, maar het is ongetwijfeld een issue.

06.03 Irina De Knop (Open Vld): Bedankt, mijnheer de minister, voor uw technische antwoorden.

Ik moet zeggen dat ik een beetje verrast ben dat er nog een procedure loopt voor terugbetaling voor – als ik het goed begrepen heb – partieel of asymmetrisch gehoorverlies. Voor mij zou het een evidentie zijn dat men een terugbetaling krijgt als men minder hoort, of dat nu met een of twee oren is, maar kijk, ik leer hier ook bij.

Als ik me niet vergis, hebt u echter niet geantwoord op mijn tweede vraag, namelijk waarom er momenteel slechts één cochleair implantaat wordt terugbetaald.

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

07 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiering van het ethisch toezicht op klinische proeven" (56004997C)

07 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement de la surveillance éthique des essais cliniques" (56004997C)

07.01 Irina De Knop (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

We scoren als land goed op het vlak van klinische proeven, maar we boeren achteruit. Dat is een gevolg van de Clinical Trial Act die ons ons voordeel dat we hadden op andere landen heeft afgenomen. Er is echter meer aan de hand. Op vlak van innovatieve geneesmiddelen worden we voorbijgestoken door Aziatische landen en de Verenigde Staten. Het dalend aantal klinische studies heeft natuurlijk ook te maken met de WAIT-indicator waar we het niet zo goed doen in vergelijking met de ons omringende landen. Ondertussen kondigde president Trump aan dat hij importtarieven zal heffen op de geneesmiddelen waardoor ons land zwaar zou getroffen worden. In die context hebt u beslist om er nog een schep bovenop te doen en zullen farmabedrijven naast de 80 miljoen euro claw forward ook het ethisch toezicht op de klinische proeven moeten financieren.

Graag vernam ik van de minister:

1. In uw regeerakkoord staat dat u de attractiviteit voor klinisch onderzoek wil behouden. Klinische onderzoeken staan al een tijd onder druk door vele redenen en president Trump kondigt importtarieven aan op geneesmiddelen geproduceerd in het buitenland. Onze farmaceutische industrie en dus ook de klinische proeven staan onder zware druk. Hoe verzoent u de ambitie van het regeerakkoord om het klinisch onderzoek in ons land te behouden met deze maatregel?

2. U laat de farmaceutische industrie ook betalen voor het toezicht van de ethische comités op de niet-commerciële proeven, zoals die van de universiteiten. Waarom moet de farmaceutische sector betalen voor het toezicht van de ethische comités op klinisch onderzoek van anderen?

3. U laat het ethisch toezicht betalen door diegenen die om het ethisch toezicht vragen. U haalt wel aan dat het FAGG de ethische comités bepaalt, maar dit roept toch deontologische vragen op. Tijdens de bespreking van het regeerakkoord hebt u gezegd dat u ook gaat kijken naar de efficiënte werking van de ethische comités. Wat is daar de stand van zaken? Welke garanties hebt u op de deontologische bedenkingen die velen formuleren bij uw beslissing?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, ik zal u het antwoord schriftelijk bezorgen, want we hebben de problematiek uit uw vraag al besproken naar aanleiding van het wetsontwerp.

07.03 Irina De Knop (Open Vld): Ik heb er geen probleem mee dat u het antwoord schriftelijk bezorgt.

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

08 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De IMC Volksgezondheid over de hervorming van het ziekenhuislandschap" (56004998C)**

08 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La CIM Santé publique relative à la réforme du paysage hospitalier" (56004998C)**

08.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, de interministeriële conferentie Volksgezondheid van 19 maart 2025 belastte een groep onafhankelijke experts met het uitwerken van een hervormingsproject voor het ziekenhuislandschap, met als doel kwaliteitszorg te garanderen en het zorgpersoneel en de beschikbare financiële middelen op de beste manier in te zetten.

Ter voorbereiding van die interministeriële conferentie werd door de federale overheid en de deelstaten een synthesesnota opgesteld met een aantal consensuspunten, de meningsverschillen en de uitdagingen en aandachtspunten voor elke deelstaat. Blijkbaar zou het federale kabinet de hoofdlijnen van de hervorming voorgesteld hebben.

Graag vernemen we van u, mijnheer de minister, wat de hoofdlijnen van de ziekenhuishervorming zijn, zoals het federale kabinet voor Volksgezondheid ze voorstelde. Het is namelijk nuttig dat de leden van de commissie kennismaken van de wijze waarop u die zaken ziet. Kunt u ons inlichten over de meningsverschillen tussen de deelstaten en de federale overheid, opgesplitst per deelstaat, alsook over de aandachtspunten voor elke deelstaat?

08.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw De Knop, in alle eerlijkheid vind ik dit een moeilijke vraag, omdat het voor mij, als federale minister, vreemd zou zijn een exposé te geven over de meningsverschillen tussen de deelstaten. Om te beginnen zou ik die meningsverschillen grondig in kaart moeten brengen, wat ik niet deed. Verder heb ik niet zo'n grote meningsverschillen gehoord. Zelfs indien er meningsverschillen zouden zijn, lijkt het me evenwel ongepast dat een federale minister daarover verslag zou uitbrengen. Dat kan niet de bedoeling zijn van mijn rol als federale minister.

We hebben effectief die expertengroep opgericht. Indien u dat nodig acht, vraag ik aan mijn medewerker, de heer Impens, om de opdracht van de expertengroep aan het commissiesecretariaat te bezorgen, als dat al niet is gebeurd. Zo kunt u volledig zien hoe het in elkaar zit. Dat lijkt me het belangrijkste.

Voorafgaand aan de beslissing hebben we inderdaad een presentatie van aandachtspunten gekregen. Er zijn specifieke aandachtspunten. Wat daarbij het meest is opgevallen, is dat er toch wel veel gezamenlijke, overkoepelende uitdagingen zijn, over de deelstaten en de federale overheid heen.

De conclusie was dan ook eigenlijk: "Een gecoördineerde strategie tussen de federale overheid en de deelgebieden is essentieel om de uitdagingen van het ziekenhuislandschap aan te pakken. De federale overheid speelt een sleutelrol in de structurering en de modernisering van het ziekenhuisaanbod in België door basishoudingen vast te stellen, de programmering te bepalen en de kwaliteit en de digitalisering op te volgen. De uitdagingen op het gebied van structurering van het zorgaanbod in Wallonië, Oost-België, Brussel, Vlaanderen en op federaal niveau zijn talrijk, maar er bestaan oplossingen. Een gezamenlijke langetermijnstrategie tussen de regio's en de federale overheid is essentieel om een doeltreffend en toegankelijk zorgaanbod in de toekomst te garanderen."

Dat is eigenlijk de misschien wat hol klinkende, maar toch belangrijke conclusie van de IMC. Daarmee hebben we inderdaad nog geen praktische conclusie, maar we hebben de expertenwerkgroep gevraagd om daarmee aan de slag te gaan. Ik stel voor dat ik u de volledige opdracht laat bezorgen via het secretariaat.

08.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Ik meen dat de opdrachtenbrief niet hetzelfde is als de synthesesnota, mijnheer de minister. Is het mogelijk ons de synthesesnota te bezorgen zodat we in het Parlement beschikken over de start van de discussie en we de kwestie mee kunnen opvolgen?

La **présidente**: Pensez-vous que nous pourrions avoir cette note?

08.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat zal ik bekijken. Dat is geen officieel document en ik zou niet graag hebben dat u mij daarover de komende weken allerlei vragen gaat stellen alsof het een document is dat ik zou hebben goedgekeurd. Ik ken dat spelletje, dus als u kunt leven met iets wat geen officieel document is en ook geen voorwerp van discussie vormt voor mij, dan wil ik het u bezorgen, maar als u het gaat gebruiken om allerlei zaken te bedenken die ik beslist zou hebben, dan niet.

La **présidente**: Vous nous enverrez, en tout cas, un document.

08.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal erover nadenken.

08.06 **Irina De Knop** (Open Vld): We mogen de synthesesnota niet hebben ...

08.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: U mag die hebben, maar ...

08.08 **Irina De Knop** (Open Vld): ... en u weigert te antwoorden op vragen die we hier daarover stellen. Eigenlijk moeten we dus wachten tot u een uitgewerkt plan hebt en dan kunnen we daarvan kennisnemen, een beetje zoals wat er nu circuleert inzake de kaderwet. Misschien moet het dan op die manier, maar ik weet niet of dat de meest constructieve manier is om met het Parlement samen te werken.

08.09 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, ik zal het iets duidelijker zeggen. Ik zal u dat bezorgen, maar dat gaat over presentaties van administraties van de deelstaten. Als u hier binnen een week een vraag stelt alsof ik dit of dat beslist of gezegd heb, dan zal ik vaststellen dat u daar niet correct mee bent omgegaan. Ik ben niet verantwoordelijk voor een presentatie van een administratie van een deelstaat. Dat begrijpt u toch? Dat is geen officieel document van mij, maar ik kan u dat bezorgen.

08.10 **Irina De Knop** (Open Vld): Dank u wel.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ooginjecties in de praktijk van de oogarts" (56004999C)**

09 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les injections oculaires dans les cabinets d'ophtalmologie" (56004999C)**

09.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, 47.000 Belgen hebben meerdere keren per jaar een ooginjectie nodig, sommigen zelfs elke maand. Vroeger werden die injecties steeds in het ziekenhuis uitgevoerd. Nu is de regeling versoepeld en kunnen de injecties ook gebeuren in de praktijk van de oogarts, mits die over de nodige faciliteiten beschikt. Het merendeel van de injecties vindt nog altijd plaats in ziekenhuizen, ongeveer 180.000, tegenover een minderheid in de praktijk van een oogarts, circa 48.000. Het hoeft geen betoog dat die laatste optie voor veel oudere mensen veel toegankelijker is.

We hebben begrepen dat het RIZIV opnieuw voorstelt om alle injecties in ziekenhuizen te laten plaatsvinden. Oogartsen gaan ervan uit dat dat voorstel is ingegeven door economische overwegingen bij de ziekenhuizen. Waarom stelt het RIZIV voor dat de ooginjecties opnieuw uitsluitend in ziekenhuizen gebeuren? Volgens oogartsen gaat het om een puur financiële aangelegenheid, omdat ziekenhuizen veel geld verdienen aan die injecties. Sinds de injecties ook in de praktijk van oogartsen kunnen worden toegediend, zouden de ziekenhuizen daardoor aanzienlijke inkomsten mislopen. Hoeveel lopen ziekenhuizen mis door de verschuiving van dergelijke prestaties.

Van de media vernemen we dat u in de loop van mei de knoop zou doorhakken. Welke overwegingen

zullen voor u de doorslag geven?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, ik heb al eens op een mondelinge vraag in plenum geantwoord met betrekking tot de conclusie die ik verbind aan het advies van de CTG. Ik zal uw vragen, die nog een beetje breder gaan, echter allemaal beantwoorden.

U vroeg of ik de opgestarte procedure conform het regeerakkoord acht. Ja, toegang tot kwaliteitsvolle zorg staat in het regeerakkoord.

U vroeg of ik weet heb van een toename van endoftalmitis of oogontstekingen als gevolg van de extramurale toediening. Ik heb geen weet van individuele gevallen van endoftalmitis of oogontstekingen.

U vroeg of de oogartsen en de Belgian Retina Society werden geconsulteerd bij de beslissing. Ja. Een brief van de Belgian Retina Society werd door de CTG geëvalueerd.

U vroeg in hoeverre ik de maximale toegankelijkheid voor de patiënt gegarandeerd acht indien men één keer per maand naar het ziekenhuis moet gaan in plaats van naar de oogarts, extramuraal dus. Zoals ik al publiek zei, ook in het Parlement, ik zal om sociale redenen afwijken van het CTG-voorstel en de vergoedbaarheid behouden bij gebruik buiten het ziekenhuis, omdat de schrapping van die mogelijkheid inderdaad vaak oudere en mindermobiele mensen treft.

U vroeg of er plannen zijn om de procedure nog toe te passen voor andere geneesmiddelen. Ik ben niet helemaal zeker wat u bedoelt. Het gebeurt zelden dat ik afwijk van een advies, maar soms gebeurt het, in dit geval dus wel.

Ten slotte, de bezorgdheid van de CTG is niet alleen gelinkt aan het risico op infecties in het oog, maar ook en vooral aan het risico op een verminderde werkzaamheid van het te injecteren medicijn. De afleverende ziekenhuisapotheker dient zoals steeds duidelijk instructies te geven voor transport en bewaring van het medicijn. De maatregel voor gebruik buiten het ziekenhuis werd in urgentie genomen tijdens de covidpandemie. Gezien de uitzonderlijke situatie was het opvolgen en rapporteren van de werkzaamheid van geneesmiddelen in het algemeen en intravitreale injecties in het bijzonder tijdens de covidpandemie niet evident.

Vandaag is de situatie weer genormaliseerd. Daarom is de opvolging van de patiënten nu beter te organiseren.

09.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord.

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

10 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De onrustwekkende toename van de mazelen" (56005000C)**

10 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La recrudescence inquiétante de la rougeole" (56005000C)**

10.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, het stijgend aantal gevallen van mazelen in Vlaanderen, met een zwaartepunt in de provincie Antwerpen, wijst op een ernstige gezondheidsuitdaging. Die evolutie onderstreept het belang van een sterke vaccinatiegraad en een doeltreffende samenwerking tussen de federale en regionale overheden.

Uit recente cijfers van het Departement Zorg zou blijken dat vooral jonge kinderen en oudere volwassenen een verhoogd risico lopen op hospitalisatie door mazelen.

Kinderinfectiologen en volksgezondheidsexperts benadrukken de noodzaak van vaccinaties, vooral bij kwetsbare groepen. Hoewel de vaccinatie tegen mazelen een bevoegdheid is van de gemeenschappen, heeft de federale overheid uiteraard een belangrijke rol in het monitoren en ondersteunen van een doeltreffend vaccinatiebeleid.

Mijnheer de minister, dat brengt mij tot de volgende vragen. Hoeveel ziekenhuisopnames zijn er effectief geweest als gevolg van de uitbraak? Hebt u een zicht op de vaccinatiegraad van de opgenomen personen?

Wordt bij de behandeling aan de opgenomen personen uitgelegd wat het belang is van vaccinatie?

Pleeft u overleg met de gemeenschapsministers om van hen extra inspanningen te vragen om niet-gevaccineerde personen alsnog te bereiken? We kunnen ons voorstellen dat dat niet alleen in Vlaanderen, maar ook in andere deelstaten belangrijk is.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, op uw eerste vraag kan ik antwoorden dat tussen 1 januari en 15 april 2025 in de drie regio's 90 gevallen van mazelen werden gemeld, waarbij 41 patiënten werden gehospitaliseerd. Door een technisch probleem zijn de mazelencijfers voor Brussel jammer genoeg niet volledig. Er is echter geen grote toename gemeld van het aantal vastgestelde gevallen.

Van de 41 patiënten die in het ziekenhuis werden opgenomen, waren er 26 met zekerheid niet gevaccineerd. Tien patiënten hadden een onbekende vaccinatiestatus. Drie patiënten hadden slechts één dosis vaccin gekregen en twee patiënten wisten niet hoeveel dosissen ze hadden gekregen.

In antwoord op uw tweede vraag merk ik op dat het natuurlijk niet mogelijk is om precies te weten welke aanbevelingen elke arts heeft gegeven aan de patiënten in kwestie. Over het algemeen kunnen we wel stellen dat mazelen een meldingsplichtige ziekte is. Als onderdeel daarvan nemen regionale gezondheidsinspecteurs contact op met de arts die het geval heeft gemeld, evenals met het mazelengeval en diens naaste contacten als onderdeel van de contacttracing. Dat maakt het mogelijk om alle mogelijke preventieve maatregelen te implementeren, inclusief het aanbevelen van vaccinatie aan contacten waar nodig.

U stelde ook een vraag over het overleg. Ik vind de huidige evolutie net als u erg belangrijk en verontrustend, maar de verantwoordelijkheid ligt in essentie bij de gewesten en gemeenschappen. Zij zijn bevoegd om de vaccinatiegraad hoog te houden en in dit geval te verhogen.

In België bestaat ook het Comité voor de Eliminatie van Mazelen en Rubella, waarin leden van verschillende federale, gewestelijke en gemeenschapsinstanties zetelen. Gezien de versnippering van de bevoegdheden inzake volksgezondheid, maakt dat het mogelijk om alle spelers rond de tafel te brengen. Het Comité komt minstens één keer per jaar samen en stelt om de vijf jaar een actieplan voor de uitroeiing van mazelen op. Tijdens de jaarlijkse vergadering van het Eliminatiecomité en in het actieplan worden aanbevelingen en lijsten van activiteiten voor de uitroeiing van mazelen duidelijk omschreven. Dat actieplan kan dus een nuttig instrument zijn.

Ik moet wel benadrukken dat de meeste activiteiten in het actieplan betrekking hebben op de regio's of de gemeenschappen, aangezien het merendeel van de preventieve gezondheidsbevoegdheden regionaal is.

10.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Het valt me op dat de ziekenhuisopnames niet gestegen zijn. We zijn deze keer dan toch aan het ergste ontsnapt, zo lijkt het, want de berichten waren op een bepaald ogenblik erg alarmerend.

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

11 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De wet betreffende de patiëntenrechten" (56005001C)**

11 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi relative aux droits du patient" (56005001C)**

11.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, jaar na jaar neemt het belang van een voorafgaande zorgplanning toe. Bij de aanpassingen van de wet betreffende de rechten van de patiënt

van 2002 is hier wel degelijk in grote mate rekening mee gehouden. Zo wordt in artikel 8, § 2, het recht van een patiënt bepaald die niet meer in staat is om zelf zijn wil te uiten, omdat hij wilsonbekwaam is geworden. Het gaat specifiek over de voorafgaande wilsverklaring, ook wel de negatieve wilsverklaring genoemd.

In tegenstelling tot de wilsverklaring euthanasie kan de negatieve wilsverklaring niet worden geregistreerd, wat het voor zorgverleners moeilijk maakt om op te zoeken of er wel of niet een verklaring is opgesteld. Een bijkomend probleem is dat er vele documenten de ronde doen, het ene al beter dan het andere. Er bestaat dus geen duidelijk, goed uitgewerkt en bruikbaar document dat geregistreerd kan worden. Artikel 8, § 2, komt grotendeels tegemoet aan deze bekommernis, maar niet volledig.

Een andere onduidelijkheid die door de aangepaste wet opgelost zou moeten worden, betreft de verwarring tussen de rol van de vertrouwenspersoon en die van de vertegenwoordiger. Hiertoe zijn de definities in artikel 2, §§ 7 en 8, aangepast. Ook de artikelen 1, 11 en 14 verduidelijken de rol van de vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger.

Ik heb hierover enkele vragen, mijnheer de minister.

Tot op heden zijn er geen uitvoeringsbesluiten verschenen over de voorafgaande wilsverklaring zoals bepaald in de wet op de patiëntenrechten van februari 2024, vandaar onze vraag of er al gewerkt wordt aan een bruikbaar model voor de voorafgaande wilsverklaring.

Hebt u kennisgenomen van het proefschrift *Voorafgaande wilsverklaringen met betrekking tot het levenseinde* van de heer Christophe Lemmens, waarin wel degelijk een model wordt voorgesteld? Wordt er daarbij al gewerkt aan de mogelijkheid om de voorafgaande wilsverklaring op elektronische wijze op te stellen en aan de manier waarop ze ter kennis wordt gesteld van de zorgbeoefenaar?

Wanneer zullen de uitvoeringsbesluiten worden gepubliceerd die de rol van vertrouwenspersoon versus de rol van vertegenwoordiger verduidelijken? Op welke manier zult u de informatie over de voorafgaande wilsverklaring en de rol hierin van een vertegenwoordiger ter kennis brengen van de bevolking en de zorgverleners?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, zoals u zegt zijn wettelijke aanpassingen van de patiëntenrechtenwet vorig jaar in werking getreden. U hebt gelijk, dat is inderdaad geen eindpunt. Er moeten nog stappen worden gezet om een aantal aspecten te concretiseren.

Dat staat ook in het federale regeerakkoord. De federale ombudsdienst Rechten van de Patiënt heeft intussen een aantal initiatieven genomen. Zo zijn er nieuwe modellen beschikbaar op de website www.patientright.be voor de aanduiding van een vertrouwenspersoon of vertegenwoordiger. Er wordt bij deze modellen meer uitleg gegeven over de respectieve rollen van de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger. Op dezelfde website is er ook een nieuwe brochure beschikbaar die een overzicht geeft van de verschillende patiëntenrechten en de nieuwe elementen die vorig jaar in de wet betreffende de rechten van de patiënt zijn geïntroduceerd.

De brochure bevat een vergelijkende tabel die een goed visueel overzicht geeft van de rol van de vertrouwenspersoon en de vertegenwoordiger. In het regeerakkoord is bovendien voorzien dat de aanduiding van deze rol in de toekomst elektronisch kan gebeuren, zodat deze informatie kan worden ontsloten voor bepaalde toepassingen, waarbij het cruciaal is te weten wie de vertrouwenspersoon en/of de vertegenwoordiger van de patiënt is. Dat zal verder worden opgenomen in het e-gezondheidsplan.

11.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Dank u wel.

Het was een heel kort antwoord. Ik heb een aantal vragen gesteld over de timing, maar die hebt u me niet meegegeven. Tenzij ik niet goed geluisterd heb? Ik heb u niet horen zeggen wanneer de uitvoeringsbesluiten zullen verschijnen en ook niet wanneer verdere zaken geïmplementeerd zullen worden.

11.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik vraag me af of er geen misverstand is, mevrouw De Knop. Ik kan me vergissen, maar ik meen dat we hiervoor geen uitvoeringsbesluiten nodig hebben. In de wet

op de patiëntenrechten wordt wel, onder meer ingevolge een debat in deze commissie, een aantal dingen mogelijk gemaakt inzake verdere uitwerking via uitvoeringsbesluiten, en er was een vraag om zaken te preciseren inzake de toepasbaarheid op studenten, op kinderen en jongeren. Ook daar is sprake geweest van uitvoeringsbesluiten, maar inzake wat u nu hebt aangeduid, meen ik niet – en ik kan me vergissen – dat we uitvoeringsbesluiten nodig hebben. Toch niet voor wat u hebt aangeduid, namelijk het verduidelijken van wie de vertrouwenspersoon is en wie de vertegenwoordiger. We moeten goede informatie geven. En de mensen moeten de formulieren kunnen vinden.

11.05 Irina De Knop (Open Vld): Zo had ik het inderdaad niet begrepen. Ik had begrepen dat ook daarvoor uitvoeringsbesluiten nodig waren. Ik koppel terug, en we zullen bekijken of ...

11.06 Minister Frank Vandenbroucke: Ik zal het zelf ook nog eens bekijken. Ik kan me vergissen, maar ik meen niet dat we daar uitvoeringsbesluiten voor nodig hebben. Ik zal mijn medewerker vragen het nog eens op te nemen met onze experts.

11.07 Irina De Knop (Open Vld): Dan veronderstel ik dat ik een opvolgingsvraag zal moeten stellen. Met mijn excuses bij voorbaat.

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

12 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zin (of onzin) van te veel screenen" (56005002C)

12 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le (non-)sens d'un excès de dépistage" (56005002C)

12.01 Irina De Knop (Open Vld): Het KCE vraagt een debat over te veel screenen, mijnheer de minister. Dat vernamen we via de pers. Zij zeggen dat te veel screenen ook ziek maakt. Zo stelt de directeur van het KCE zich vragen bij de behandeling van prediabetes, aangezien twee derde van die patiënten nooit diabetes ontwikkelt. Ze stelt zich ook vragen bij Euromelanoma, waarbij dermatologen een week lang gratis screenen op melanomen. Ze stelt namelijk vast dat het aantal diagnoses van kleine, beginnende huidkankers is gestegen terwijl het aantal agressieve, gevorderde huidkankers stabiel blijft.

Ze stelt dus dat laagdrempelige en steeds vroeger gestelde diagnoses en screenings onrust veroorzaken bij de patiënt en de kosten van de gezondheidszorg doen oplopen terwijl de wachtlijsten toenemen, waardoor de gepaste behandeling van patiënten met ernstige klachten wordt uitgesteld. Ze trekt ook de routinecontrole in twijfel bij patiënten die genezen zijn verklaard van bijvoorbeeld kanker. Volgens haar wordt hervat veelal niet ontdekt bij deze controles met bloedonderzoek en scans, maar wordt hervat duidelijk door symptomen. Daartegenover staat dat we een aantal kankers vaak veel te laat ontdekken, zoals prostaatkanker en longkanker, waarbij de overlevingskansen dan ook zo goed als onbestaande zijn.

Wij zijn hier bezorgd over en willen u graag een aantal vragen stellen. Wat is uw standpunt met betrekking tot deze uitspraken? Wilt u hierover een debat openen met de wetenschappelijke instellingen en de artsen? Hoe staat u, na kennis te hebben genomen van deze stellingen, tegenover de lopende bevolkingsonderzoeken?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van den Bruel heeft zich daarover uitgesproken in een interview over een Nederlands rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, die waarschuwt voor diagnose-expansie. Diagnose-expansie heeft meerdere oorzaken, onder andere wanneer variaties van het normale worden bestempeld als een ziekte of wanneer de grens tussen ziekte en niet-ziekte opschuift naar steeds mildere vormen. Diagnose-expansie ontstaat ten slotte ook wanneer ziekten proactief worden opgespoord bij mensen die geen symptomen hebben en zich gezond voelen. Eigenlijk spreken we dan over screening. Door screening ontdekt men ziekten die nooit de gezondheid van een persoon geschaad zouden hebben en dus ook geen behandeling nodig hadden, naast – als men een goede screening doet – ziekten die men wel moet ontdekken.

Door screening gaat men meer diagnoses stellen, misschien zonder bijbehorend voordeel, want zonder die screening hadden de betrokken mensen nooit last gehad van die ziekte. Dan spreekt men inderdaad

over overdiagnose. Dat is een reeds lang bekend fenomeen waarmee we rekening moeten houden wanneer we georganiseerde screeningsprogramma's opzetten.

Overdiagnose is niet goed. Naast de angst die de diagnose oproept, zijn er de kosten voor de patiënten en voor ons gezondheidszorgsysteem. Nog belangrijker is dat elke behandeling ook een belasting meebrengt voor de patiënt, wat ook tot complicaties kan leiden. We weten ook dat het gebruik van diagnostische testen almaar toeneemt. We behoren tot de koplopers in Europa wat betreft het aantal CT- en MRI-scans voor mensen met lage rugpijn. Het klopt ook dat capaciteit aangewend voor het zoeken naar ziekte bij gezonde personen niet meer kan worden ingezet voor mensen die zich ziek voelen en daarvoor hulp zoeken.

Zullen we een debat openen? Wel, het is niet eenvoudig. Er lopen veel fenomenen door elkaar. Heel belangrijk is dat we wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen hebben die onafhankelijk van belangengroepen, zoals de farmaceutische industrie, tot stand komen en waarin een balans wordt gevonden tussen overdiagnostiek enerzijds en onderdiagnostiek anderzijds. Het RIZIV ontwikkelt momenteel een beslishulp voor huisartsen ter ondersteuning bij het aanvragen van beeldvorming zoals CT-scans, met als doel om die meer bij de wetenschappelijke richtlijnen te doen aansluiten.

Diagnose-expansie kadert ook in een maatschappelijke trend naar meer weten en meer diagnoses, waarbij we wellicht ook de bevolking zelf moeten sensibiliseren, zoals we dat bij antibiotica hebben gedaan. Een voorbeeld uit het verleden is een campagne die de FOD Volksgezondheid heeft opgezet: *Medische beelden zijn geen vakantiekiekjes, wees er zuinig mee.*

Hoe staan we federaal tegenover de vandaag lopende bevolkingsonderzoeken? De organisatie van de screening gebeurt door de regio's. Voor kanker beperkt zich dat tot borstkanker en baarmoederhalskanker bij vrouwen en dikkedarmkanker bij mannen en vrouwen. Er is geen georganiseerde screening voor prostaatkanker, zoals overigens in geen enkel ander Europees land. Voor longkankerscreening lopen er pilootprojecten.

Dit valt een beetje buiten mijn bevoegdheid, maar in het algemeen denk ik dat we echt moeten werken op basis van *evidence-based medicine*, op basis van wetenschappelijke evidentie, en zeer zorgvuldig moeten afwegen wanneer screening nodig is.

Screening kan voordelen hebben, maar soms ook nadelen. De balans tussen voor- en nadelen hangt af van het specifieke screeningprogramma. Men moet die zaken tegen elkaar afwegen.

Vorig jaar publiceerde het KCE een rapport over de voor- en nadelen van longkankerscreening, waarin werd aangetoond dat screening met een lagedosis-CT-scan bij rokers of ex-rokers de sterfte door longkanker en sterfte in het algemeen verlaagt. Dat positieve resultaat moet echter tegen de nadelen worden afgewogen: valspositieve resultaten, overdiagnose, toevalsbevindingen waarvan het onduidelijk is of ze voor- of nadelen opleveren voor de patiënt en het stralingsrisico dat de CT-scan met zich meebrengt.

Het KCE onderzoekt momenteel ook nieuwe modaliteiten voor borstkankerscreening en prostaatkankerscreening, maar zoals gezegd is het organiseren van bevolkingsonderzoeken de bevoegdheid van de gefedereerde entiteiten.

12.03 Irina De Knop (Open Vld): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

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

13 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een vaccin dat mogelijk het risico op dementie vermindert" (56005003C)

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het gordelroosvaccin" (56005015C)

13 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un vaccin qui pourrait diminuer le risque de démence" (56005003C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le vaccin contre le zona" (56005015C)

13.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Zeventigers uit Wales die zich lieten vaccineren tegen gordelroos bleken in de jaren erop 20% minder vaak de diagnose te krijgen van dementie in vergelijking met de groep die zich niet liet vaccineren. Bij wie als kind windpokken kreeg blijft het virus levenslang in het ruggenmerg. Bij verzwakking van het immuunsysteem kan het virus terug wakker worden en gordelroos veroorzaken. Er is blijkbaar in de onderzoekswereld al langer een mogelijk verband gelegd tussen Alzheimer en herpesvirussen. Door de reactie van het immuunsysteem op herpesvirussen zouden volgens een hypothese de eiwitophopingen -die typisch zijn voor Alzheimer- in de hersenen ontstaan. Vandaag is er nog niet met zekerheid een oorzakelijk verband vastgesteld tussen het vaccin en het voorkomen van Alzheimer.

Gelet op de vergrijzing en de daarbij gepaard gaande toenemende dementie is elke mogelijke piste die dementie kan voorkomen belangrijk. Met dit onderzoek opent zich een nieuwe piste in het voorkomen van dementie.

Graag vernam ik van de minister:

1. Hoe zullen onze wetenschappelijke instellingen het onderzoek rond het vaccin tegen gordelroos en het voorkomen van dementie opvolgen?

2. In welke mate wil de minister in samenwerking met de gemeenschappen in ons land het onderzoek naar deze piste een boost geven?

13.02 **Katleen Bury** (VB): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs ook naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Recente wetenschappelijke bevindingen suggereren dat vaccinatie tegen gordelroos (herpes zoster) niet alleen bescherming biedt tegen deze pijnlijke huidinfectie zelf, maar ook het risico op dementie aanzienlijk kan verlagen. Een grootschalige studie in Wales, gepubliceerd in het gerenommeerde tijdschrift Nature, toont aan dat ouderen die het gordelroosvaccin Zostavax ontvingen, tot 20% minder kans hadden om binnen zeven jaar dementie te ontwikkelen dan niet-gevaccineerden.

Deze studie maakte gebruik van een natuurlijk experiment dat ontstond naar aanleiding van het vaccinatiebeleid in Wales vanaf september 2013. Personen geboren vanaf 2 september 1933 kwamen in aanmerking voor het Zostavax-vaccin, terwijl iets oudere leeftijdsgenoten dat niet deden. Zo konden ze twee vergelijkbare groepen met elkaar vergelijken.

Hoewel de precieze mechanismen nog niet volledig opgehelderd zijn, suggereren onderzoekers dat het Zostavax vaccin mogelijk ontstekingsprocessen in het zenuwstelsel onderdrukt of bredere immuunreacties uitlokt die het brein beschermen tegen neurodegeneratie.

In België adviseert de Hoge Gezondheidsraad sinds september 2022 vaccinatie tegen gordelroos vanaf 60 jaar met het nieuwere recombinante vaccin Shingrix. Het vaccin wordt tot op heden niet terugbetaald. De kostprijs - zo'n 170 euro per dosis, en er zijn er twee nodig - is voor veel ouderen een drempel.

Professor Bart Lambrecht (UGent) wees er eerder al op dat het vaccin zowel gordelroos als ernstige complicaties doeltreffend voorkomt. Twee zeer recente studies naar het recombinant gordelroosvaccin

(zoals het in ons land gebruikte Shingrix®) tonen eveneens een associatie met een lager risico op dementie.

Waarom wordt het vaccin tegen gordelroos, ondanks de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad en recente wetenschappelijke bevindingen, nog steeds niet terugbetaald? Overweegt u een herziening van dit beleid?

Welke stappen onderneemt u om ouderen beter te informeren over dit vaccin, de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad én het mogelijke effect op cognitieve achteruitgang?

Zijn er in België lopende of geplande onderzoeksprojecten naar de relatie tussen gordelroosvaccinatie en het risico op dementie? Zo ja, welke instellingen zijn betrokken en op welke termijn verwacht u resultaten?

13.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, mevrouw Bury, in augustus 2022 bracht de Hoge Gezondheidsraad inderdaad een positief advies uit over het gebruik van het Shingrixvaccin. Het advies is om de hele bevolking van 60 jaar en ouder te vaccineren, evenals immuungecompromitteerde mensen van 16 jaar en ouder.

Het KCE heeft, eveneens in 2022, gerapporteerd over de werkzaamheid van het nieuwe gordelroosvaccin Shingrix en concludeert dat vaccinatie bij de door de Hoge Gezondheidsraad gedefinieerde doelgroepen momenteel niet kosteneffectief is. De te verwachten gezondheidsvoordelen van vaccinatie zijn relatief beperkt. De huidige kosten zijn veel te hoog.

Ik heb daarover dus tegenstrijdige adviezen, maar dat heeft ook wel een beetje te maken met de roeping van die organen. Het ene orgaan keek meer naar de kosteneffectiviteit, het andere gaf een breder eerste advies.

In het verleden zijn door de CTG al drie procedures behandeld met betrekking tot vaccins tegen het virus herpes zoster, namelijk twee procedures voor het levend geattenuëerd vaccin Zostavax en één procedure voor het recombinante vaccin met adjuvans Shingrix. Daarbij betrof het voor beide specialiteiten een vraag tot vergoedbaarheid binnen het kader van de geregistreerde indicatie voor de preventie van zona en postherpetische pijn bij personen vanaf de leeftijd van 50 jaar voor Zostavax en Shingrix, en bij personen vanaf 18 jaar met een verhoogd risico van zona voor Shingrix.

Voor beide CTG-procedures van de specialiteit Zostavax werd door de CTG een negatief advies tot inschrijving in de vergoedbaarheid gegeven, vanwege belangrijke onzekerheden met betrekking tot de therapeutische efficiëntie op middellange termijn en de negatieve farmaco-economische evaluatie. De CTG-procedure voor de specialiteit Shingrix resulteerde in een positief advies van de CTG voor een beperkte populatie, wat werd gevolgd door de minister, waardoor die specialiteit actueel vergoedbaar is conform de bepalingen van Paragraaf 123200000 van hoofdstuk IV, voor rechthebbenden van minstens 18 jaar oud met een verhoogd risico van zona.

Op grond van belangrijke onzekerheden met betrekking tot de therapeutische efficiëntie op middellange termijn en de negatieve farmaco-economische evaluatie bij een oudere populatie, werd de inschrijving in de vergoedbaarheid voor die doelgroep niet aanbevolen door de CTG. Daarbij dient te worden onderstreept dat de aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad geen rekening houden met de farmaco-economische evaluatie van de interventie en de specifieke farmaceutische specialiteiten, wat wel een belangrijk onderdeel uitmaakt van de HTA-evaluatie door de CTG.

Voor de tweede vraag van mevrouw De Knop verwijs ik naar de regionale minister, want het betreft een regionale bevoegdheid.

Zowel mevrouw Bury als mevrouw De Knop verwijst naar een zeer interessante studie, maar er is meer bewijs nodig dan één enkele studie om de aanbevelingen te herzien. Het advies van de Hoge Gezondheidsraad en de KCE-rapporten zijn steeds gebaseerd op allerlei publicaties. Momenteel bestaat er geen gelijkaardig onderzoek in België. Er zijn nogal wat obstakels om een gelijkaardige studie uit te voeren. Ten eerste worden momenteel functionele vaccinregisters in de drie gewesten opgesteld, maar ze moeten nog verbeterd worden en dat is hun bevoegdheid. Ten tweede is er surveillance op gordelroos in België door Sciensano via het netwerk van de huisartsenpeilpraktijken. Door de surveillance is het mogelijk om de incidentie en de complicaties van gordelroos te bepalen. Slechts een deel van de gegevens inzake gordelroos wordt verzameld. De gegevens worden anoniem

verzameld en bevatten dus geen persoonsgegevens. Daardoor is het onmogelijk om die gevallen te koppelen aan andere databases, zoals vaccinatieregisters of een database voor dementiegevallen.

13.04 Irina De Knop (Open Vld): Het antwoord was vrij technisch, dus ik zal het zeker nog eens nalezen.

13.05 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, uiteraard maakt één zwaluw de lente niet en u kunt niet concluderen op basis van één studie, terwijl gelijkaardig onderzoek bij ons moeilijk is. U argumenteerde ook dat de gegevens niet kunnen worden gekoppeld. Dat is nochtans belangrijk, want men wil weten of het gordelroosvaccin inderdaad beterschap brengt aan dementerende patiënten. Kunt u bijgevolg niet opleggen dat gegevens worden gekoppeld? Zo'n verplichting zou trouwens alle studies in de toekomst voorthelpen, omdat gemakkelijker kan worden onderzocht of medicijnen die er normaal gezien niet voor waren bedoeld, toch een gunstig effect hebben op bepaalde ziektes. Ik zal daarop in een volgende vraag terugkomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.41 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 41.