

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

MARDI 15 FEVRIER 2022

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

DINSDAG 15 FEBRUARI 2022

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 16 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.16 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

De **voorzitter**: Er zijn flink wat vragen aan minister Vandenbroucke over niet-coronagerelateerde zaken.

Ik heb nog twee mededelingen vooraf.

Ten eerste, de minister heeft aangegeven dat hij slechts tot 17.00 uur kan blijven.

Ten tweede, er is in de Conferentie van voorzitters blijkbaar gesproken over de mondelinge vragen. Het fijne weet ik er niet van. Ik weet wel dat, als men verwijst naar een schriftelijke vraag, men zich moet beperken tot de standaardmededeling: "Ik verwijs naar mijn schriftelijke vraag." Niets meer. Ofwel stelt men de vraag als dusdanig. Het is dus het een of het ander, en niet een combinatie van beide.

We beginnen dan maar met een actualiteitsdebat met negen vragen rond de erkenning van seksuologen.

01 Actualiteitsdebat over de erkenning seksuologen en toegevoegde vragen van

- Barbara Creemers aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken m.b.t. de wettelijke erkenning van seksuologen" (55024085C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidpandemie en de stand van zaken m.b.t. de wettelijke erkenning van seksuologen" (55024595C)
- Caroline Taquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van klinisch seksuologen" (55024711C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wettelijke erkenning van seksuologen" (55024736C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de klinische seksuologie" (55024933C)
- Daniel Bacquellaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wettelijke erkenning van de klinisch seksuologen" (55025119C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de klinisch seksuologen" (55025290C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van seksuologen" (55025296C)
- Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De erkenning van de klinisch seksuologen" (55025298C)

01 Débat d'actualité sur la reconnaissance des sexologues et questions jointes de

- Barbara Creemers à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'état d'avancement de la reconnaissance légale des sexologues" (55024085C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pandémie de covid et l'état d'avancement de la reconnaissance légale des sexologues" (55024595C)
- Caroline Taquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La

reconnaissance des sexologues cliniciens" (55024711C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance légale des sexologues" (55024736C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance de la sexologie clinique" (55024933C)
- Daniel Bacquellaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance légale des sexologues cliniciens" (55025119C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues cliniciens" (55025290C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues" (55025296C)
- Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reconnaissance des sexologues cliniciens" (55025298C)

01.01 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik had vooral graag een stand van zaken gekregen. Op dit moment is de beroepsterm klinisch seksuoloog niet beschermd. Dat zorgt ervoor dat patiënten niet altijd 100 % zeker zijn dat ze een hulpverlener met de juiste kennis en competenties voor zich hebben. Het is zeker geen nieuwe problematiek. Als ik goed ben ingelicht, hebt u al heel wat instanties om advies gevraagd.

Wat is de stand van zaken in dit dossier? Welke stappen zult u de komende tijd zetten? Aan welke instanties en organisaties is er advies gevraagd? Wanneer worden die adviezen verwacht?

01.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben het al vaker gehad over de wettelijke erkenning van de klinisch seksuologen. Ik heb ter zake ook een wetsvoorstel ingediend. Bij de bespreking van de beleidsnota verwees u me naar een adviesvraag die u had ingediend. U gaf toen ook aan dat binnen de regering de wil aanwezig was om de beroepstitel te erkennen.

Tijdens de covidcrisis hebben de burgers het niet gemakkelijk gehad. De problematiek wordt ook aangekaart in verschillende verslagen over het geestelijk welzijn van de bevolking. Graag had ik dan ook van u vernomen wat de stand van zaken is met betrekking tot deze adviesaanvraag.

Welk tijdpad trekt u uit voor de beslissing om de klinisch seksuologen al dan niet te erkennen? Wanneer zou de maatregel kunnen ingaan, met andere woorden: wanneer zou een eventuele erkenning kunnen plaatsvinden? Nu zitten we nog in een soort schemerzone, waar mensen te rade zouden kunnen gaan bij zorgverstrekkers die niet opgeleid zijn als klinisch seksuoloog, waardoor hun klachten en behoeften niet goed worden opgevolgd. Ik ben ervan overtuigd dat u, net als wij, daar niet mee kunt leven.

01.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

De Société des Sexologues Universitaires de Belgique (SSUB) en de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS) werken al even samen aan een initiatief voor de erkenning van de klinische seksuologie als beroepstitel, zoals dat nu al bestaat voor de klinische psychologie en de klinische orthopedagogie. De Hoge Gezondheidsraad pleitte daar reeds voor in haar rapport uit 2016.

Hoewel het niet vaak wordt belicht heeft een substantieel deel van de bevolking problemen rond hun seksualiteit. Patiënten die deze problemen met professionele hulp willen aanpakken moeten beroep kunnen doen op erkende professionals die met een wetenschappelijke aanpak een oplossing zoeken. Maar die bestaan vandaag niet. Dat is een probleem want zonder een officiële erkenning kunnen allerlei mensen zichzelf laten doorgaan als seksuoloog. Hierin sluipt het gevaar dat mensen niet de zorg krijgen die ze verdienen

De seksuologie is een eigen onderzoeksveld en therapeutische discipline die op het kruispunt van gezondheid, biologie, psychologie en sociale analyse werkt. Hiervoor bestaan aan verschillende Belgische universiteiten reeds specifieke opleidingen. De Hoge Gezondheidsraad stelde verder reeds een profiel op van wat een klinisch seksuoloog moet weten en kunnen. De basis is er dus om over te gaan tot een officiële erkenning van de klinische seksuologie als beroepstitel.

Bent u in gesprek met de SUBB en de VVS?

Zult u de klinische seksuologie officieel laten erkennen?

01.04 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, en Belgique, la profession de sexologue clinicien n'est pas encore enregistrée en tant que profession des soins de santé. Cette fonction n'est donc pas légalement encadrée. À défaut d'une reconnaissance officielle, n'importe qui peut se prétendre "sexologue" ou encore "coach en relations affectives et sexuelles".

C'est pourquoi les associations professionnelles des sexologues, la Société des sexologues universitaires de Belgique (SSUB) et la Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS), ont récemment entrepris une démarche commune visant la reconnaissance de la sexologie clinique.

Dans son avis de décembre 2016, le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) s'était, du reste, déjà positionné en faveur de la reconnaissance de la sexologie clinique et avait proposé différentes recommandations, notamment quant au parcours de formation.

Monsieur le ministre, le SPF Santé publique a-t-il déjà travaillé sur la reconnaissance d'un tel statut pour la profession? Dans l'affirmative, où en sommes-nous dans la réflexion? Quelle analyse a-t-elle découlé des recommandations émises par le CSS? Envisagez-vous de prendre prochainement des initiatives? Une concertation avec les professionnels est-elle en cours?

Par ailleurs, se pose la question de la sécurité juridique et de l'impact des modifications apportées pour ces professionnels en cas de reconnaissance, en particulier pour ceux qui pratiquaient déjà la sexologie avant l'élaboration d'un statut.

Enfin, le CSS recommandait clairement de développer une réflexion sur la prise en charge par l'INAMI des consultations chez un sexologue clinicien. Qu'en est-il à cet égard?

01.05 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, ik ben reeds lang met het thema bezig. U antwoordde op mijn vorige vraag dat er een adviesvraag voorligt bij de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidsberoepen. Wat is de stand van zaken van de werkzaamheden, onder andere in het licht van de erkenning van de klinisch seksuologen?

Voor de rest verwijs ik naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Mijnheer de minister, ook ik kom nogmaals terug op dit dossier. Samen met de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS) streef ik al jaren voor de wettelijke erkenning van klinisch seksuologen. Om dit te bereiken stelde ik in het verleden reeds meerdere vragen en heb ik zowel in de vorige als huidige legislatuur een wetsvoorstel ingediend.

Dit dossier ligt mij nauw aan het hart omdat ik van mening ben dat mensen recht hebben op kwaliteitsvolle hulpverlening, of het nu over hun medisch, psychologisch of seksueel welzijn gaat. Als iedereen vandaag zich zomaar tot seksuoloog kan uitroepen, zonder enige controle dat men daadwerkelijk over de nodige opleiding of competenties beschikt, dan vind ik dat we hier niet kunnen spreken over kwaliteitsvolle hulpverlening. Een klinisch seksuoloog moet een universitaire opleiding gevolgd hebben in de seksuologie en moet klinische gesuperviseerde werkervaring kunnen aantonen.

België blijft achter op dit vlak. Onder andere in Nederland zijn seksuologen wel een erkende beroepscategorie.

Bij de besprekingen van de beleidsnota 2022 stelde u dat u op korte termijn de federale raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen zou vatten voor advies m.b.t. de erkenning van klinisch seksuologen als geestelijke gezondheidszorg beroepen. Hierbij zou u een aantal vragen stellen aan deze raad i.v.m. de definitie en taakomschrijving, het gewenste competentie – en opleidingsprofiel en de noodzakelijke samenwerkingsmodaliteiten met andere (G)GZ-beroepen.

Heeft u deze FRGGZB reeds effectief gevat voor advies?

Zo ja, heeft u reeds een antwoord mogen ontvangen? Zo ja, wat was het antwoord?

01.06 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, voici un an déjà, vous avez

reçu les associations professionnelles belges de sexologie, aussi bien francophones que néerlandophones. La question qui se pose aujourd'hui est en fait celle de la protection des patients ou des personnes qui consultent des sexologues cliniciens et qui doivent avoir la garantie de la qualité des personnes auxquelles ils s'adressent. Il faut donc que ces personnes puissent bénéficier d'une formation qualifiante et qu'elles soient effectivement en mesure d'apporter les meilleures réponses aux sollicitations des personnes qui les consultent. C'est dans cet esprit-là que la formation et la reconnaissance du titre sont des éléments très positifs qui devraient intervenir le plus rapidement possible.

Je sais qu'un groupe de travail a été constitué et je souhaiterais en connaître la composition. Les représentants des associations professionnelles en sont-ils membres? Je voudrais aussi être renseigné sur le nombre de praticiens pratiquant la sexologie clinique dans notre pays aujourd'hui. Par ailleurs, je souhaiterais que le point soit fait sur les résultats des négociations et des propositions au sein de ce groupe de travail, pour permettre d'avancer le plus rapidement possible et apporter une sécurité aux personnes qui consultent les sexologues cliniciens.

01.07 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, la Société des Sexologues Universitaires de Belgique et la Vlaamse Vereniging voor Seksuologie, les associations professionnelles de sexologues wallons et flamands s'associent depuis plusieurs mois dans une démarche commune qui vise la reconnaissance de la sexologie clinique. C'est vrai qu'il existe un cadre connu. En 2016, le Conseil Supérieur de la Santé avait déjà remis un avis extrêmement pointu, assorti de toute une série de recommandations, à la fois sur la définition de la fonction, sur le profil de compétences à acquérir, sur la formation et sur la reconnaissance nécessitant la mise en place d'un ordre des sexologues et un cadre déontologique. Ce serait une reconnaissance pour les nouveaux sexologues mais on prévoirait aussi une procédure pour ceux qui pratiquent déjà. À l'époque, il y a six ans, le CSS proposait également qu'on examine le remboursement des consultations des sexologues cliniciens par l'INAMI.

Il s'agit d'un enjeu important pour encadrer légalement et garantir une offre de soins de qualité aux sexologues cliniciens, mais aussi aux patients.

Monsieur le ministre, quelle est votre position à ce sujet? Quelle suite avez-vous réservée à la demande des sexologues? Quel est le calendrier? Il est maintenant vraiment temps d'aboutir à une solution dans ce dossier.

01.08 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Iedereen kan zich zomaar seksuoloog noemen zonder enige controle dat men over de nodige opleiding of competenties beschikt. Er is met andere woorden geen erkende beroepstitel. De VVS streeft dan ook al jaren voor de wettelijke erkenning van de seksuoloog want mensen hebben recht op kwaliteitsvolle hulpverlening, of het nu over hun medisch, psychologisch of seksueel welzijn gaat.

Uit noodzaak introduceerde de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie in 2015 dan ook de titel "klinisch seksuoloog VVS" als kwaliteitslabel. Een klinisch seksuoloog moet een universitaire opleiding gevolgd hebben in de seksuologie en moet klinische gesuperviseerde werkervaring kunnen aantonen. De seksuologen met die titel worden vermeld op de website www.seksuologie.be of www.seksuoloog.be.

Eind vorig jaar maakten twee ziekenfondsen bekend een aantal sessies bij de seksuoloog vanaf dit jaar te zullen terugbetalen. Voorwaarde is wel dat het om een seksuoloog gaat die erkend wordt door de beroepsvereniging VVS. Op die manier werd geprobeerd om toch een zekere kwaliteitsnorm op te leggen. Onder andere in Nederland is seksuologie wél een erkende beroepscategorie.

Bent u voorstander van een wettelijke erkenning?

Zo ja, wanneer zal dit er komen en welke acties zal u hiervoor ondernemen (timing)?

Wie zal u hiervoor consulteren?

Heeft u reeds adviezen gevraagd? Aan wie hebt u dit gevraagd en wat zijn de resultaten

01.09 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le Ministre, cela fait aujourd'hui plus de 20 ans que les sexologues belges revendiquent une reconnaissance légale de leur métier. Les associations qui les représentent, à

savoir la Société des Sexologues Universitaires de Belgique (SSUB) et, du côté néerlandophone, la Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS), tentent de faire reconnaître le statut de sexologue clinicien.

Le Conseil Supérieur de la Santé s'est également prononcé, dans un avis de décembre 2016, sur la nécessité d'un encadrement légal de la pratique de la sexologie clinique et ce, "afin de permettre à chacun de trouver une offre de soins de qualité en santé sexuelle".

En l'absence de cadre légal, ce sont non seulement les sexologues qui sont frappés d'un manque de prise en considération mais également la santé des patients qui est impactée! En effet, aujourd'hui, n'importe qui peut se déclarer sexologue et ainsi conseiller des personnes en souffrance de leur vie intime.

Cette situation est éminemment problématique vu à quel point la dimension intime participe pleinement au bien-être, ce pourquoi l'OMS a notamment déclaré en 2006 que: "Afin d'atteindre et de maintenir la santé sexuelle, les droits sexuels de toutes les personnes doivent être respectés, protégés et assurés".

En conséquence, Monsieur le Ministre:

- Pourriez-vous donner un aperçu clair de la situation actuelle entourant la sexologie en Belgique, tant en ce qui concerne le nombre de patients qui consultent des sexologues qu'en ce qui concerne le nombre de sexologues qui pratiquent, idéalement ventilés par branche de métier?

- Votre cabinet travaille-t-il toujours à la reconnaissance de la profession?

- Dans la positive, de quelle façon, avec quels acteurs impliqués et avec quel calendrier?

- Qu'est-ce qui justifie la stagnation de ce dossier? Est-elle liée à la crainte de voir les numéros INAMI saturer face à l'arrivée d'une nouvelle profession médicale?

01.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: In december vorig jaar heb ik het initiatief genomen om een advies te vragen over deze kwestie aan de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen. Het landschap van de geestelijke gezondheidszorg is sinds het advies van de Hoge Gezondheidsraad van 2016 immers wel erg veranderd. Het nieuwe advies van de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen kan daarop inspelen. Ik verwacht dit advies tegen 15 mei 2022. Tijdens de werkzaamheden en de totstandkoming van het advies zullen de verschillende belangengroepen worden geconsulteerd.

Au sein du Conseil, un groupe de travail a été mis en place afin d'examiner cette question. Il est composé de membres du Conseil fédéral des professions de soins de santé mentale, mais invite aussi des experts dans le domaine de la sexologie pour partager leurs points de vue. Les experts invités proviennent du milieu enseignant, des centres d'expertises, etc. Les associations professionnelles que sont l'association des sexologues flamands et la Société des Sexologues Universitaires de Belgique sont également impliquées.

Comme je viens de le préciser, j'attends cet avis pour le 15 mai.

Op basis van dat advies en ook van eerdere adviezen van de Hoge Gezondheidsraad, kan er dan een voorstel van wetsontwerp opgesteld worden. Wij zullen dan natuurlijk ook overleggen met het werkveld en de verschillende belangengroepen.

Ik heb nog een antwoord op de vraag van de heer Bacquelaine.

Monsieur Bacquelaine, vous demandez des chiffres sur le nombre de praticiens sexologues cliniciens, sur le nombre d'étudiants débutant la formation de sexologie et sur les utilisateurs de soins. Dans la mesure où les sexologues ne sont pas encore reconnus comme professionnels de santé, aucune donnée chiffrée n'est malheureusement disponible.

De **voorzitter**: Dank u, mijnheer de minister. Meer vragen dan antwoorden vandaag, maar het proces is bezig, heb ik begrepen.

01.11 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor het zeer beknopte antwoord. We hadden gevraagd wanneer dit advies wordt verwacht en daar hebben we nu een antwoord op. Ik betreur

dat het zo lang duurt om een advies te krijgen dat eigenlijk alleen maar een update zou moeten zijn van iets wat in de vorige legislatuur al was opgestart. We zijn het gewoon om adviezen sneller te krijgen. Ik vind het verschrikkelijk lang duren. In covidtijden hebben we al heel veel noodkreten van de geestelijke gezondheidszorg gehoord. Dit zou echt kunnen helpen. Als u iets kunt doen om het proces te versnellen, dan staan wij aan uw zijde.

01.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, van efficiëntie gesproken. Op 1 oktober 2020 bent u als minister van Volksgezondheid aangetreden. Ik meen dat hierover iets in het regeerakkoord was opgenomen, maar men was het daarover nog niet helemaal eens. Mevrouw Muylle had in de vorige legislatuur, samen met mijn collega's Yoleen Van Camp en Valerie Van Peel, al een initiatief genomen. Dan duurt het anderhalf jaar om een advies te formuleren. Misschien kunt u daarna nog eens anderhalf jaar discussiëren tot aan de verkiezingen. Dat is echt wel jammer.

Als ik mevrouw Creemers beluister, hoor ik ook het ongenoegen bij de regeringspartijen over de traagheid van dit dossier. De geestelijke gezondheid staat zagezegd heel hoog aan de agenda, maar daar valt in de praktijk heel weinig van te merken.

01.13 Caroline Taquin (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je reviendrai vers vous évidemment au-delà du 15 mai. Je me tiendrai prête à partir du 16.

01.14 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Eindelijk is de timing bekend, ook al betreurt ik dat het allemaal zo lang moet duren.

We starten natuurlijk niet van een wit blad, want in de vorige legislatuur werd er al uitgebreid gediscussieerd over de erkenning van de klinisch psychologen en de orthopedagogen. Op basis van die verslagen beschikken wij al over heel wat informatie. In onze commissie voor Gezondheid werden er ook heel wat wetgevende initiatieven genomen. Wanneer u het advies hebt, na 15 mei, hoop ik daarom dat u ook het Parlement erbij zult betrekken, aangezien er in het Parlement ook heel wat expertise aanwezig is.

01.15 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik kan mij alleen maar aansluiten bij de vaststelling dat het zeer lang duurt en dat het wachten blijft op de erkenning.

Wij beklemtonen dat seksuele problemen als gezondheidsproblemen beschouwd moeten worden. Eens de erkenning er is, moeten zulke behandelingen dan ook in aanmerking komen voor terugbetaling, vergelijkbaar met de manier waarop dat nu stilaan voor andere psychologische verzorging gebeurt. Seksuele gezondheid behoort immers tot de algemene gezondheidszorg.

01.16 Daniel Bacquellaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Cependant, je pense que l'impossibilité dans laquelle vous êtes de répondre aux demandes de chiffres prouve à suffisance que la reconnaissance des sexologues cliniciens est urgente et qu'il faut avancer rapidement en cette matière.

01.17 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, j'ai du mal à comprendre pourquoi, après un avis aussi précis que celui du Conseil supérieur de la Santé de 2016, on ait besoin de demander un nouvel avis avant de travailler sur un projet de loi. Je ne comprends pas qu'on n'ait pas encore une ébauche de projet de loi, d'autant qu'après, les nouvelles discussions prendront un certain temps.

Je comprends que vous ayez beaucoup de travail au niveau du gouvernement mais alors laissons la main au Parlement. Travaillons-y au niveau du Parlement et on pourrait aboutir.

Vous ne m'avez, par ailleurs, pas répondu concernant le remboursement des consultations de sexologie clinique. Cela me semble important. Ne laissons pas ce point de côté! On a déjà perdu énormément de temps. Je vous presse pour que ce soit explicitement prévu dès que la législation sera votée.

La santé sexuelle contribue aussi au bien-être général.

J'ose espérer que nous ne devons pas encore attendre et que pour mai, nous pourrions avancer de manière concrète.

01.18 Robby De Caluwé (Open Vld): Bedankt voor uw antwoord. We kunnen wel betreuren dat het allemaal lang duurt, maar wat we vooral moeten onthouden, is dat er werk van de erkenning wordt gemaakt en dat er een oplossing in zicht is. We blijven de kwestie opvolgen en ik kijk uit naar de oplossing.

01.19 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses et pour les démarches que vous avez entreprises même si, à l'instar de mes collègues, je me dois de regretter que cet aboutissement soit finalement très tardif. Vous nous annoncez un avis pour le 15 mai. Cet avis, nous l'attendons depuis très longtemps. Il faudra ensuite que vous travailliez à l'élaboration de ce projet de loi. On a l'impression que vous allez partir de zéro alors que des avis existent déjà. Ce groupe de travail est sur pied depuis plusieurs mois. Je vous demandais pourquoi il était si difficile d'aboutir dans ce dossier. Vous ne répondez pas. Vous donnez une date, une première étape en tout cas. C'est éminemment problématique parce que cela signifie que, pendant de longs mois encore au minimum, la sexologie clinique restera sous la tutelle d'une profession tierce, alors que c'est un métier à part entière qui mérite d'être reconnu comme tel surtout au regard de deux éléments que je veux mettre en exergue.

Premièrement, l'influence qu'ont aujourd'hui les sites pornographiques, la sexualisation permanente des femmes, les réseaux sociaux, tous ces phénomènes font qu'aujourd'hui, les jeunes en particulier sont très vite perdus dans leur sexualité. Ils sont vite mal dans leur peau, ce qui peut les amener à accepter des pratiques sexuelles qui ne leur correspondent pas. À côté de cela, il y a aussi la crise sanitaire qui a véritablement perturbé la vie sexuelle de beaucoup de couples. Rien que ces deux facteurs, monsieur le ministre, font qu'aujourd'hui, l'approche transversale de la santé sexuelle que permet aujourd'hui cette profession doit pouvoir être reconnue comme d'utilité publique. L'éducation à la sexualité des jeunes et des moins jeunes, la sensibilisation au genre, la prévention des MST et des IST, la contraception, l'EVRAS, le travail avec les victimes d'abus sexuel, les thérapies de couple, l'accompagnement des personnes handicapées ou opérées qui ont des troubles de la sexualité, toutes ces démarches-là sont entreprises par les sexologues et méritent d'être reconnues comme telles. Il faut leur accorder la reconnaissance qu'ils méritent à l'instar de la reconnaissance obtenue à l'époque par les psychothérapeutes, malheureusement après une trop longue bataille.

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

02 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Lean, de nieuwe drug" (55022989C)

02 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Lean, la nouvelle drogue" (55022989C)

02.01 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, bij een politiecontrole in Limburg werd een nieuwe drug, die ons vanuit de Verenigde Staten bereikt, teruggevonden bij meerdere gebruikers, die zich met de wagen verplaatsten. Het is u niet onbekend dat ik er mij zorgen over maak hoe heel wat jonge gebruikers creatief legale middelen transformeren in roesmiddelen. Eerder heb ik ook het gebruik van lachgas op de agenda gezet. Ik ben blij dat er op dat vlak heel wat goede stappen zijn gezet en dat er momenteel een evaluatie loopt met een werkgroep die de nieuwe drugfenomenen evalueert.

Worden andere middelen zoals lean mee opgenomen in de werkzaamheden van de werkgroep?

Bovendien moeten wij naar mijn mening een breed en ruim kader uitwerken dat ook van toepassing is op geneesmiddelen, inclusief voorschrijfvrije middelen. Het vertrekpunt moet mijns inziens vooral de ingrediënten zijn en minder de categorieën van middelen. Wij zien immers dat druggebruikers helaas creatief zijn en snugger genoeg om medicijnen op te zoeken en bepaalde ingrediënten daaruit te gebruiken en met elkaar te mixen omwille van hun roeseffect.

Hebt u cijfermateriaal over de handel in producten met codeïne en promethazine, aangezien die twee ingrediënten vaak worden gemixt tot roesmiddel? Kunt u het aandeel daarvan in voorschrijfvrije geneesmiddelen vrijgeven? Hebt u daar een overzicht van?

Wordt er werk gemaakt van het beleid om de distributie van die medicatie veiliger te reguleren?

Dat is het kader waarnaar ik eerder heb gevraagd.

Is er een coördinatie tussen de departementen Justitie en Binnenlandse Zaken over de nieuwe opkomende drugs? Hoe zit dat precies in elkaar?

U hebt vermoedelijk al van de nieuwe drug lean gehoord. Hebt u er zicht op of de speekseltesten die worden gebruikt bij politiecontroles sterk genoeg zijn om ook lean bij weggebruikers terug te vinden?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, in België zijn geneesmiddelen op basis van codeïne enkel te verkrijgen op medisch voorschrift. Er is geen enkel geneesmiddel vergund op basis van promethazine.

Voor de geneesmiddelen op basis van dextromethorfan zijn in België 26 geneesmiddelen vergund, waarvan 20 ook effectief zijn gecommmercialiseerd, allen vrij van voorschrift of op schriftelijke aanvraag.

Het gaat om vijftien geneesmiddelen in de vorm van een siroop of oplossing voor oraal gebruik, in een fles, en drie in zakjes. Daarnaast zijn er ook twee beschikbaar als zuigtabletten.

Er loopt op dit moment geen initiatief om de afleveringswijze van deze geneesmiddelen te herzien of de distributie ervan strenger te reguleren. Het is evident dat zij gebruikt moeten worden volgens de goedgekeurde indicaties en in de aanbevolen dosering. Ik verwijs hiervoor naar de rol van de apotheker, die instaat voor de aflevering ervan.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten is er niet van op de hoogte dat er een veralgemeend probleem zou zijn. Het heeft in dat verband dan ook geen initiatieven opgestart.

Meer in het algemeen is er wel samenwerking tussen de verschillende diensten om nieuwe vormen van gebruik snel op te sporen en actie te ondernemen.

02.03 **Nawal Farih** (CD&V): Mijnheer de minister, ik vind het jammer te vernemen dat men niet op de hoogte zou zijn van de opkomst van deze drug, of toch niet op een algemene manier. Ik zie het steeds vaker terugkomen. Ik ben zelf natuurlijk een jong Parlements lid. Ik zie in verschillende netwerken en in verschillende leeftijdscategorieën rondom mij dat de drug lean een grote opmars maakt. Ik wil u vragen er extra aandachtig voor te zijn, niet enkel bij de regulering van de medicijnen maar ook bij de detectie van dit soort drugs bij de verschillende controles. Als men ze niet kan detecteren, kan men natuurlijk ook geen gepast beleid voeren.

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

03 **Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De teratogene geneesmiddelen" (55022990C)**

03 **Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments tératogènes" (55022990C)**

03.01 **Nawal Farih** (CD&V): *Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in België is het gebruik van geneesmiddelen door onze burgers erg hoog in vergelijking met andere Europese landen. Deze constatering trekt zich door naar de consumptie van geneesmiddelen door zwangere vrouwen in België: onderzoek van de Onafhankelijke Ziekenfondsen toonde al in 2018 dat 83% van de Belgische zwangere vrouwen minstens één keer medicatie op voorschrift gebruikt tijdens de zwangerschap, 7% daarvan was potentieel schadelijk.*

Het is dan ook frappant dat België in tegenstelling tot onze buurlanden er geen expertise centrum is voor Teratogene Geneesmiddelen (of Teratologie Informatie Service of 'TIS'). Dit soort centrum kan ons in staat stellen om informatie, data en adviezen beter te verzamelen en ter beschikking te stellen van artsen en patiënten. In 2016 al werd de oprichting van een 'TIS' aanbevolen door de werkgroep 'teratogene geneesmiddelen' binnen het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG). Ook andere experts uit de gezondheidssector en academische wereld zijn al langer vragende partij.

Beste meneer de minister, mijn vragen zijn dus als volgt:

Heeft u cijfermateriaal dat zegt hoeveel vrouwen in België voorschriftplichtige en voorschrift-vrije geneesmiddelen gebruiken tijdens de zwangerschap en borstvoedingsperiode?

Hoeveel daarvan zijn potentieel risicovol?

Hebben we garanties dat enkel voorschriftvrije geneesmiddelen potentieel schadelijk zijn? Bent u van plan initiatieven te nemen rond dataverzameling voor dit thema?

Er is in 2016 een aanbeveling geweest om een 'Teratologie Information Service' op te richten? Is daar al iets mee gebeurd?

Waar kunnen zorgmedewerkers en vrouwen met een kinderwens vandaag terecht met vragen over het gebruik van geneesmiddel tijdens preconceptie, zwangerschap en borstvoeding?

We houden vandaag niet voldoende data bij over redenen van abortus. Hebben we toch een zicht op het percentage van zwangerschapsonderbrekingen in België dat het gevolg is van vrees voor of vermoeden van aangeboren afwijkingen bij het ongeboren kind (na bijvoorbeeld echo of diagnostische test) als gevolg van het gebruik van potentieel risicovolle geneesmiddelen tijdens de zwangerschap?

In welke mate nemen farmaceutische bedrijven hun rol op bij het verzamelen van veiligheidsgegevens over het gebruik van geneesmiddelen tijdens de zwangerschap? Doen we aan concrete dataverzameling wat foliumzuur inname betreft?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb daar geen betrouwbaar cijfermateriaal over. Overigens kunnen niet enkel voorschriftplichtige geneesmiddelen potentieel risicovol zijn. Ook niet-voorschriftplichtige geneesmiddelen, evenals vitaminen en voedingssupplementen en ook voeding en alcohol, kunnen potentieel schadelijk zijn. Het is niet gemakkelijk om hierover data te verzamelen, aangezien zwangere vrouwen om evidente redenen niet in klinische studies worden opgenomen.

Een Teratology Information Service (TIS) is op het moment nog niet opgericht. Het FAGG heeft wel reeds een eerste analyse gemaakt over wat de opdrachten van een TIS zouden zijn en welke middelen daarvoor nodig zouden zijn. Wegens andere prioriteiten die verband houden met de covidcrisis, is dat project echter nog niet voortgezet.

Bijwerkingen voor geneesmiddelen bij gebruik door zwangere vrouwen worden wel, net zoals alle andere bijwerkingen, continu gemonitord in de geneesmiddelenbewaking. Net zoals voor alle andere geneesmiddelen en alle andere specifieke populaties, is het eerste aanspreekpunt de arts of de apotheker. De zorgprofessional kan zich ook richten tot het FAGG.

Op deel drie van uw vraag kan ik antwoorden dat er in het jongste tweejaarlijkse verslag 2018-2019 van de Nationale Evaluatiecommissie voor zwangerschapsafbreking op pagina 56 vermeld staat dat in 2019 een vrouw een zwangerschapsafbreking na 12 weken zwangerschap liet uitvoeren wegens het gebruik van een bepaalde medicatie, met name het innemen van isotretinoïne, vroeger bekend als Roaccutane.

Vanaf 15 oktober 2018 werd door de nieuwe wet betreffende de vrijwillige zwangerschapsafbreking de verplichte melding van de noodsituatie opgeheven, waardoor de vrouwen ook niet meer genoodzaakt zijn om de eventuele inname of gebruik van medicatie aan de uitvoerende arts te mee te delen.

In de periodieke veiligheidsrapporten die de farmaceutische firma verplicht moet indienen en waarin ze op basis van de gemelde bijwerkingen met haar geneesmiddel moet verantwoorden dat de risico-batenanalyse gunstig blijft, moet ze ook de bekende gegevens voor speciale populaties vermelden. Dat zijn naast kinderen en ouderen ook zwangere vrouwen.

03.03 **Nawal Farih** (CD&V): Dank u wel, mijnheer de minister. Volgens mij is zo'n TIS echt wel nodig, al is het maar om artsen en patiënten gerust te stellen. Nu zoeken Belgische patiënten vaak op verschillende websites naar informatie en komen ze vaak bij een TIS in Nederland uit. Het zou dus goed zijn als we de aanbeveling van het FAGG zouden volgen en na de coronacrisis eindelijk werk maken van een database waarbij artsen en patiënten, en zeker wie zwanger is, opnieuw voor informatie terechtkunnen als ze ongerust zijn over bepaalde geneesmiddelen.

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

04 Question de **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du Zolgensma" (55023055C)

04 Vraag van **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van Zolgensma" (55023055C)

04.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, Zolgensma zal worden terugbetaald. Dat is een hele opluchting voor alle ouders wiens kinderen aan SMA lijden. We kennen allemaal het verhaal van Pia. Haar ouders moesten 1,9 miljoen euro neertellen. We weten dat deze prijzen niet in verhouding staan tot de werkelijke onderzoeks- en ontwikkelingskosten. De prijszetting wordt bekomen met de methode van 'value-based pricing' waarbij de som wordt genomen van alle uitgaven die een patiënt zou doen indien die niet de therapie in kwestie ondergaat.

Doordat de terugbetaling van Zolgensma onder een geheim contract valt kennen wij de precieze impact op ons geneesmiddelenbudget niet. Maar we kunnen verwachten dat dezelfde 'value-based pricing'-aanpak werd gehanteerd. Dat Zolgensma wordt terugbetaald redt de patiënten en hun families van een financiële nachtmerrie, maar het zet waarschijnlijk een bijzondere druk op onze sociale zekerheid.

Zolgensma is echter niet de enige therapie voor SMA. Er is vastgesteld dat sommige patiënten er baat bij hebben om naast hun behandeling met Zolgensma ook andere therapieën te ondergaan zoals nursinersen of risdiplam. Zolgensma maakt dus niet voor alle patiënten andere therapieën overbodig waardoor 'value-based pricing'-redenering niet opgaat. Onder de patiënten is er ook bezorgdheid over de impact die de terugbetaling van Zolgensma zal hebben op de andere behandelingen voor SMA.

– Is er bij de onderhandelingen met Novartis rekening mee gehouden dat patiënten, ondanks hun behandeling met Zolgensma, nog steeds baat kunnen hebben bij andere therapieën? Of is er onterecht vanuit gegaan dat Zolgensma voor alle patiënten volstaat om een kwaliteitsvol leven te kunnen leiden?

– Wat is het relatieve aandeel van Zolgensma binnen het gehele SMA-budget? Zal de terugbetaling van Zolgensma een impact hebben op de budgetten voor andere therapieën voor SMA?

– Het nieuws dat Zolgensma zal worden terugbetaald kwam ongeveer in dezelfde periode dat Vlaanderen aankondigde dat SMA zal worden opgenomen in de hielprik-screening bij baby's. Is deze samenloop toevallig? Heeft u hierover overlegd met Vlaams minister Beke? Werd bij de onderhandelingen met Novartis ook de hielprik in Vlaanderen in overweging genomen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, in de overeenkomst van Zolgensma wordt op expliciete wijze verwezen naar de onzekerheden rond vervolgtherapie na behandeling met Zolgensma. De ervaring met het gelijktijdige gebruik van middelen die gericht zijn op 5q-SMA is immers beperkt en er dient door de fabrikant meer evidentie te worden verzameld of patiënten baat kunnen hebben bij gelijktijdig of sequentieel gebruik van verschillende therapieën in de behandeling van SMA.

Bij de vergoeding van gelijktijdig of sequentieel gebruik binnen SMA, moet rekening worden gehouden met specifieke vergoedingsvoorwaarden van elk betrokken geneesmiddel. In de vergoedingsvoorwaarden van Zolgensma, die opgesteld zijn door de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen op basis van de adviezen van experts, staat dat Zolgensma niet gelijktijdig vergoed wordt met een ander geneesmiddel dat specifiek inwerkt op de werking en/of de productie van het SMN-eiwit. Dit betekent concreet dat een eerder opgestarte therapie, zoals nusinersen of Spinraza, moet worden stopgezet alvorens Zolgensma vergoed kan worden. Nadien moet de behandelende arts bepalen of een patiënt na behandeling met Zolgensma al dan niet het verwachte resultaat bereikt en in een tweede tijd alsnog een andere behandeling nodig heeft. Hierbij moeten natuurlijk ook de vergoedingsvoorwaarden van de andere behandeling nageleefd worden en dient een verantwoord gebruik nagestreefd te worden, zoals altijd het geval is met geneesmiddelen en zeker met uitermate dure geneesmiddelen. Zo kan een patiënt die vandaag bijvoorbeeld voor toediening van Zolgensma nog niet behandeld werd met Spinraza, op aanvraag van de behandelende arts, nadien mogelijk wel een vergoeding krijgen voor Spinraza. Een patiënt kan echter volgens de huidige voorwaarden niet

zowel voor als na Zolgensma behandeld worden met Spinraza. Indien meer gegevens beschikbaar worden, kunnen op basis hiervan eventueel in de toekomst de vergoedingsvoorwaarden herzien worden.

Ik kan u geen details verstrekken over het relatieve aandeel van Zolgensma binnen het gehele SMA-budget omdat er geen formeel deelbudget bestaat voor de behandeling van SMA. Net zoals voor andere geneesmiddelen geldt ook voor SMA-geneesmiddelen dat de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen onder andere de efficiëntie, de medische nood en de impact op het budget van deze middelen grondig evalueert. Daarna neem ik, na het akkoord van de minister van Begroting en bijgevolg na advies van de inspecteur van Financiën, een gemotiveerde beslissing over de vergoeding.

Het is evenwel een goed punt dat u aanhaalt, aangezien in het algemeen geldt dat bij elke beslissing die genomen wordt de bedenking moet worden gemaakt dat het gezondheidszorgbudget, in dit geval het geneesmiddelenbudget, een budget met limieten is. We waken dus bewust over een goede toepassing en allocatie van de beschikbare middelen. Bij elke beslissing moet bekeken worden dat de terugbetaling van dure medische technologieën niet mag leiden tot verdringing van andere, specifiek nuttige en kosteneffectieve zorg.

De besprekingen in Vlaanderen rond het opnemen van SMA in de hieprikscreening van baby's, waren al enige tijd aan de gang. Minister Beke was, zoals de ministers van de andere deelgebieden, op de hoogte dat er een CTG-procedure liep en wat de indicatieve tijdslijnen waren. Ik herinner me dat ik dat openlijk heb gecommuniceerd in de Kamer, in antwoord op vragen. Vanuit preventief oogpunt is de beslissing niet verwonderlijk, aangezien het belangrijk is zo snel mogelijk in te grijpen om de ziekte zo goed mogelijk te beheersen. Tijdens de CTG-procedure was de screening in België, wat er voorhanden en voorzien was, opgedeeld volgens deelgebied, een van de parameters waarmee rekening werd gehouden.

04.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is belangrijk dat oude therapieën als Spinraza (nusinersen) beschikbaar blijven voor de patiënten als er een nieuwe therapie ter beschikking staat. Zoals u zegt mag Spinraza of ervoor of erna. Dat is een probleem voor iemand die dat reeds nam en dan pas gentherapie kon krijgen. U zegt dat dit een van de parameters was. De vraag over de hiepriks kwam er omdat hoe meer we screenen, hoe meer en sneller we die ziekte kunnen opsporen. Dat kan invloed hebben op het budget doordat er snel meer kinderen in aanmerking kunnen komen. Verder komen er meer en meer gentherapieën op de markt, die zeer duur zijn. Dat is een ruimer probleem dat moet worden aangepakt. Het is zeer spijtig dat wij telkens zeer vage antwoorden krijgen, omwille van geheime contracten.

Dat is een fundamenteel probleem. De betaalbaarheid en toegankelijkheid van ons systeem van gezondheidszorg kan alleen maar worden behouden als er transparantie wordt geboden.

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

05 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les infirmiers et infirmières issus de la filière d'enseignement supérieur professionnel de type 5" (55023134C)**
- **Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le flou concernant le profil HBO5" (55023355C)**

05 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De HBO5-verpleegkundigen" (55023134C)**
- **Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De onduidelijkheid omtrent het HBO5-profiel" (55023355C)**

05.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag indertijd ingediend naar aanleiding van berichten op sociale media waarin verwezen werd naar de werkgroepen in functie van HBO5. Er zijn twee werkgroepen, een met betrekking tot basisverpleegkunde en een met betrekking tot gespecialiseerde verpleegkunde. Die liepen niet goed. Er waren berichten op sociale media dat HBO5'ers met terugwerkende kracht hun titel zouden verliezen. Intussen is er meer nuance in het debat gekomen.

Gezien heel de problematiek – die ik niet ga herhalen, wij kennen die goed in deze commissie –, wil ik u het volgende vragen.

U hebt twee werkgroepen geïnstalleerd. Die moeten, samen met het werkveld, tot een advies komen, zowel met betrekking tot basisverpleegkunde als met betrekking tot gespecialiseerde verpleegkunde. Wij horen echo's dat het op het vlak van basisverpleegkunde zeer moeilijk loopt met betrekking tot HBO5 en de titel van HBO5-verpleegkundige. Wat is de stand van zaken?

Wij hebben begrepen dat die werkgroepen telkens verlengd werden. Wanneer wordt er een finaal advies verwacht? Hoe ziet u de verdere werkzaamheden?

05.02 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, er is heel wat ongerustheid bij de HBO5-verpleegkundigen in verband met de Europese richtlijnen voor opleiding, die de opleiding voor verpleegkundige verzwaren.

De discussie is ook niet altijd even transparant verlopen. Echte inspraak van het terrein werd onvoldoende georganiseerd. Er is sinds september 2021 een interfederale taskforce met werkgroepen aan het werk, om advies en input te formuleren voor concrete voorstellen rond de toekomst van het verpleegkundig beroep, gebaseerd op regeerakkoorden. Ook in die werkzaamheden is er weinig transparantie en onvoldoende inspraak van het brede werkveld. Er ontstond veel ongerustheid op het terrein over de toekomst van de HBO5-verpleegkundigen, toch een groot deel van de verpleegkundigen op het terrein.

De Vlaamse regering en de federale regeringspartijen en N-VA schuiven als oplossing naar voren om een apart profiel te creëren. Volgens de Belgische Federatie HBO Verpleegkundigen (BFHBOV) is dat de huidige HBO5-verpleegkundigen degraderen en is dat een verkapte besparingsoperatie. Normaliter gaat men wel hoorzittingen organiseren in het Parlement, maar tegelijkertijd werkt men achter de coulissen aan een uitgewerkt functiemodel.

De vakbonden en de verpleegkundigen op de werkvloer voelen zich zeer weinig betrokken. Een eindrapport moest voor 31 december ingeleverd worden, maar dat is nu blijkbaar teruggestuurd naar de werkgroepen. Een nieuw resultaat wordt eind februari verwacht.

Mijnheer de minister, waarom moet het eindrapport herwerkt worden? Wie heeft daarop aangestuurd? Worden de vakbonden betrokken bij de herwerking en bij de werkgroepen? Worden de werkgroepen uitgebreid en zo ja, met wie? Zal het eindrapport in het Parlement besproken worden?

Wat verstaat u onder een eigenstandig profiel en kunt u dat motiveren? Denkt u niet dat de beslissing om een apart profiel te creëren tot nog meer verlies in de sector zal leiden, terwijl de sector dat op het moment absoluut kan missen?

Wat vindt u van de oplossing voorgesteld door het zorgpersoneel op de werkvloer om het aantal studiejaar te verlengen met een half jaar extra betaalde stage, om zo de opleiding EU-conform te maken?

Wat vindt u van het voorstel van de BFHBOV om de opleidingen te hervormen volgens de klinische ladder van verpleegkundigen, waarbij de EU-conforme HBO5-verpleegkundigen de basis vormen van ladderniveau 5, gevolgd door gespecialiseerde verpleegkundigen niveau 6, verpleegkundig specialisten niveau 7 en verpleegkundig onderzoekers niveau 8?

05.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Muylle, mevrouw Merckx, op 1 september 2021 werd met uitvoering van het federale regeerakkoord een taskforce opgestart omtrent de verpleegkundige profielen en opleidingen, een taskforce over het functiemodel. Dat is een interfederaal initiatief, ondersteund door alle ministers bevoegd voor Gezondheid en Onderwijs. Het heeft als doel om concrete voorstellen te formuleren voor de ontwikkeling van een futureproof functiemodel in de verpleegkundige zorg. De taskforce brengt daarbij de actoren samen vanuit zowel de verpleegkundige sector als het onderwijsveld en is opgedeeld in twee werkgroepen; een werkgroep Basisopleiding en een werkgroep Specialisatie. Voor elke werkgroep is een voorzitter en ondervoorzitter benoemd, waarbij rekening werd gehouden met het taalevenwicht. Een stuurgroep bestaande uit de voorzitters, ondervoorzitters en kabinetten van de bevoegde ministers, volgt de werkzaamheden van de taskforce van nabij op. De stuurgroep heeft de samenstelling van de werkgroepen bepaald en alle relevante sectoren zijn erin opgenomen, zowel de ziekenhuizen, de thuisverpleging, de ouderenzorg als het onderwijsveld.

De Belgische Federatie HBO Verpleegkundigen (BFHBOV) vertegenwoordigt in praktijk enkel de

verpleegkundigen van niveau 5 in Vlaanderen. De AUVB, die als koepelorganisatie alle verpleegkundigen vertegenwoordigt, zowel bachelors als de al dan niet gespecialiseerde HBO5-verpleegkundigen, werd daarom gevraagd om in vertegenwoordiging te voorzien in beide werkgroepen van de taskforce.

De stuurgroep heeft daarnaast specifiek het initiatief genomen de BFHBOV uit te nodigen voor de vergadering van 14 oktober van de werkgroep Basisopleiding, zodat zij haar standpunten en visie uiteen kon zetten ten aanzien van alle leden.

In de voorbije weken heb ik samen met u en met mevrouw Muylle vastgesteld dat er verschillende foutieve berichten zijn verspreid over het doel en de opzet van de taskforce. Ik vind het daarom belangrijk nog eens het volgende te beklemtonen. De taskforce werkt volgens een interfederaal overeengekomen werkwijze, in lijn met de respectieve regeerakkoorden, en volgt een strikt tijdschema. Het mandaat van de taskforce liep tot het einde van vorig jaar en werd door de betrokken stuurgroep verlengd.

De werkgroep Specialisatie heeft intussen zijn eindrapport klaar. De andere werkgroep, Basisopleiding, krijgt hiervoor nog de tijd tot einde februari, dus tot weldra.

De eindrapporten zullen de adviezen omvatten van de betrokken sectoren, het onderwijs en de brede verpleegkundige sector, op basis waarvan de verdere uitwerking en implementatie moet worden besproken in de IMC Volksgezondheid.

05.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik blijf toch op mijn honger. U hebt niet concreet gezegd welke richting u wilt uitgaan. Het probleem is dat de HBO5-verpleegkundigen zich erg uitgesloten voelen en menen dat zij onvoldoende gehoord worden. In de ene werkgroep zijn ze wel betrokken, in de andere dan weer niet.

U hebt zich evenmin concreet uitgesproken over de verlenging van de studiejaren met een extra halfjaar betaalde stage. Dat is eigenlijk het enige wat nodig is om de opleiding EU-conform te maken. Dat zou de opleiding ook niet te veel verzwaren. Wij hebben natuurlijk mensen op het terrein nodig.

Ten slotte gaf u ook geen antwoord op de vraag wat er zal gebeuren met de huidige HBO5-verpleegkundigen. Wat is hun toekomst op het terrein als men een nieuwe functie creëert? Vandaag leveren zij al gespecialiseerde zorg.

Wij volgen het dossier verder op.

05.05 Nathalie Muylle (CD&V): Mijnheer de minister, ik begrijp dat u nu niet veel kunt zeggen. Het is genoegzaam bekend dat de werkgroepen verlengd werden, dat er een voorlopig rapport was en dat Vlaanderen daar niet mee akkoord ging. De titel en de taken van de HBO5-verpleegkundigen blijven heikele punten.

Aan mevrouw Merckx laat ik opmerken dat de HBO5-verpleegkundigen voor ons heel duidelijk verpleegkundigen zijn, niet alleen qua benaming en zeker op het vlak van autonoom handelen. Wij zijn ervan overtuigd dat wij HBO5-verpleegkundigen kunnen inzetten in heel veel vertrouwenssituaties en hebben het volste vertrouwen in hen als verpleegkundigen. Wij beschouwen de voorgestelde hervorming geenszins als een degradatie van de betrokkenen of een besparingsoperatie, zoals zij het noemt.

Mijnheer de minister, ik vraag u en de collega's in de deelstaten om met een open vizier naar de zaak te kijken. Wij hebben de handen en de kwaliteiten van elk profiel nodig. Wij moeten het debat in alle openheid voeren. Het wordt binnenkort zeker voortgezet.

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

06 Samengevoegde vragen van

- **Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Wanpraktijken bij donaties" (55023370C)**
- **Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De centrale registratie van de medisch begeleide voortplanting" (55023481C)**
- **Valerie Van Peel aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over**

"Donorkinderen" (55023482C)

06 Questions jointes de

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les pratiques frauduleuses lors des donations" (55023370C)

- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enregistrement centralisé de la procréation médicalement assistée" (55023481C)

- Valerie Van Peel à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les enfants issus d'un don" (55023482C)

06.01 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over de wanpraktijken bij spermadonatie. Wij horen hierover vaak in de media, onder andere vorige week nog. Tegen de huidige wetgeving omtrent medisch begeleide voortplanting in gebeurden er decennia geleden honderden donaties bij fertiliteitscentra, terwijl de wet op de medisch begeleide voortplanting heel duidelijk stelt dat één donor slechts bij zes vrouwen betrokken mag zijn inzake zwangerschappen. Door het gebrek aan nationale registratie van donoren konden donoren zich aanmelden bij meerdere fertiliteitscentra.

De bedoeling van de wet van 2007 was om daaraan paal en perk te stellen en een centraal informatie- en uitwisselingssysteem tussen fertiliteitscentra op te zetten. Wij stellen echter 14 jaar later nog steeds vast dat er geen nationale registratie gebeurt. Hoe komt dat? Waarom slaagt men er niet in om zo'n nationaal registratiecentrum op te zetten vanuit het federale niveau?

Men merkt ook, zeker in West-Europa, dat de anonimiteit inzake spermadonatie in diverse landen wordt opgeheven. België is stilaan een van de laatste landen waar die nog geldt. Onlangs nog heeft Frankrijk de anonimiteit opgeheven. In totaal zijn er in de Europese Unie negen landen waar de anonimiteit reeds werd opgeheven en dat gebeurde ook reeds in talrijke landen buiten de Europese Unie.

Ik heb reeds sinds 2016 een wetsvoorstel klaarliggen om de anonimiteit op te heffen. Men wordt immers ingehaald door de realiteit, door het feit dat er heel wat DNA-databanken bestaan met uitwisseling, waardoor anonimiteit niet meer van deze tijd is. Tevens gaat het ook in tegen internationale verdragen, zoals het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. In artikel 8 staat daar immers dat er recht op identiteit is, evenals in artikel 7 van het Kinderrechtenverdrag.

Waarom is er nog steeds geen nationaal registratiecentrum voor informatie-uitwisseling over donatie? Werkt u daaraan? Mogen wij dit verwachten?

Hoe staat u tegenover de evolutie inzake anonieme donatie? Zullen wij die anonimiteit opheffen? Op die manier kan het recht op identiteit immers worden uitgeoefend.

06.02 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, ik zal niet herhalen wat collega Van Hoof heeft gezegd. Zij heeft de problematiek heel goed samengevat en aangegeven wat een groot deel van de oplossing zou moeten zijn. Ons land blijft op dat punt echter sterk achter, terwijl we in andere zaken toch heel progressief zijn als het over ethische debatten gaat.

Dit zijn de zoveelste vragen die wij daarover stellen. De aanleiding hiervoor is dat er weer iemand in het nieuws kwam die beweerde tot 500 keer toe spermadonor te zijn geweest. Er kunnen daaruit verschillende kinderen zijn voortgekomen. Dat staat haaks op de wetgeving daaromtrent. Dit is een van de vele zaken die naar boven zijn gekomen. Een tijdje geleden was er ook de zaak van een drieling die na spermadonatie ter wereld was gekomen, waarbij bleek dat twee van de drie van dezelfde vader zijn maar de derde niet. Men heeft daar dus met een mix van sperma gewerkt, zonder de ouders daarvan op de hoogte te stellen.

Er komen regelmatig heel wat zaken naar boven en nog veel meer zaken blijven onder de radar. Als de anonimiteit wordt opgeheven, blijkt steeds dat dit veel meer in de openbaarheid komt. Nederland is ons daarin voorgegaan, met niet al te mooie verhalen. Ik vrees ook dat de weerstand vanuit de sector om de anonimiteit op te heffen daar veel mee te maken heeft, aangezien er misschien wel minder leuke zaken naar boven zouden kunnen komen.

Het is hoog tijd dat we dat doorprikken en dat we na al die jaren het belang van de kinderen vooropstellen. Zoals onder andere het Kinderrechtenverdrag in de artikelen 7 en 8 stelt, heeft elk kind het recht om zijn of haar ouders te kennen en om zijn of haar afstamming te kennen.

Mijnheer de minister, zijn de geesten bij uw coalitiepartners ter zake gerijpt? Jammer genoeg worden ethische zaken blijkbaar eerst daar besproken. Is er een optie? Hoe staat u er tegenover om andere progressieve landen binnen en buiten Europa te volgen en de anonimiteit van donoren af te schaffen, natuurlijk met respect voor het verleden? Niemand pleit voor een retroactieve afschaffing, maar wel voor een eventueel recht om die gegevens nog vrij te geven als dat indertijd anoniem is gebeurd.

Ik kom terug naar de case. Ook zonder die anonieme donaties is het cruciaal dat die databank er komt en ook goed werkt.

Ik heb in de vorige legislatuur verschillende vragen daarover gesteld aan uw voorganger, mevrouw De Block. Zij antwoordde toen dat de koppeling van de registratie van de gametendonaties en de gecodeerde identiteit van de ontvangers in BELRAP af te rekenen kreeg met methodologische en IT-problemen. Ik vraag me af of die inmiddels zijn opgelost.

Het kabinet heeft toen ook gezegd dat de GDPR geen obstakel zou vormen, omdat het vereiste algemene belang dat de volksgezondheid betreft een zeer makkelijke piste zou zijn. Hebt u zicht op de verdere ontwikkeling in dit dossier? Zijn er misschien inmiddels andere pistes die dit versneld tot stand kunnen brengen?

Op welke wijze wordt nagegaan of de registratie wel degelijk alle nodige en vooral coherente gegevens bevat? Zijn hiervoor controlemechanismes? De verhalen die naar boven komen bewijzen de noodzaak hiervan.

Ik heb nog twee korte vragen bij mijn tweede vraag.

Denkt u eraan om, net als bij onze noorderburen, de afname van een DNA-staal gratis te maken voor donoren en donorkinderen? Bovendien kan er in Nederland zelfs gezocht worden naar DNA-overeenkomsten tussen halfbroers en -zussen. Bij ons kan dat niet. Daar werkt het als facultatieve optie voor wie in het verleden onder de anonieme wetgeving viel. Uiteraard is dat allemaal gewijzigd sinds de afschaffing.

Wat denkt u, tot slot, over een doorlichting van de vroegere registraties bij alle centra en zelfs bij artsen die voorheen op dat domein een privépraktijk hadden, om op die manier het aantal superdonoren – die overigens verre van super zijn – in beeld te brengen? Volgens mij is dat absoluut nodig.

06.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, mevrouw Van Peel, zoals u weet was voor 2007 de beperking van het aantal donaties door gametendonoren niet strikt gereguleerd. Door de wet van 2007 heeft de beperking van het aantal anonieme donaties tot doel te voorkomen dat twee kinderen voortgebracht uit een vruchtbaarheidsbehandeling elkaar ontmoeten en er een bloedverwanthuwelijk is zonder dat zij dit zelf weten.

Overeenkomstig deze wet van 2007 sluiten de fertiliteitscentra overeenkomsten af met alle personen, dus met donoren, maar ook met ontvangers, om de rechten en plichten van eenieder met betrekking tot informatie, toestemming, en medische zorg te verduidelijken. Naast de medische zorg wordt er ook veel aandacht besteed aan de ethiek en het morele welzijn van donoren en ontvangers die in onze Belgische centra worden behandeld.

Wanneer de gameten worden toegewezen aan een donatieprogramma, moet het geraadpleegde fertiliteitscentrum alle gegevens die de identificatie van de donor mogelijk zouden maken, ontoegankelijk maken. Niet-anonieme donatie die voortvloeit uit een overeenkomst tussen de donor en de ontvanger of ontvangers, is wel toegestaan.

Mijn administratie analyseert de haalbaarheid van het uitvoeren van een gegevensuitwisselingsproject tussen de fertiliteitscentra. Concreet bestaat het project uit de oprichting van een platform dat, in overeenstemming met de GDPR, gebruikmaakt van verschillende databanken, zijnde die van de centra en van het FAGG. Het project heeft tot doel de artikelen 35 en 64 van de wet van 6 juli 2007 uit te voeren door een digitale tool ter beschikking te stellen. De uitvoering van een interne haalbaarheidsanalyse, om concreet te kijken in hoeverre de praktische uitvoering kan worden gerealiseerd, zal worden afgerond. Aangezien het primaire doel van het project is om fertiliteitscentra te voorzien van een geautomatiseerde tool om de naleving van de regel inzake het verwekken van kinderen bij maximaal zes vrouwen te vergemakkelijken, zal

binnenkort een technisch overleg met vertegenwoordigers van de sector worden georganiseerd, waarbij de lopende analyse wordt geconsolideerd. Ik dring dus ook aan op een snelle vooruitgang van het project, want dat is een van de zorgen van de vraagstellers.

Ik ga in op uw vragen met betrekking tot het opheffen van de anonimiteit. Er bestaan drie soorten donoren: anonieme donoren, bekende donoren – dat kunnen vrienden of familieleden zijn – en donoren met een open profiel. Bij die laatste soort krijgt het kind vanaf 16 of 18 jaar de mogelijkheid om de gegevens te ontvangen. In België zijn op dit moment enkel anonieme en bekende donoren toegelaten. In Nederland bestaat – er is al naar verwezen – de categorie van de anonieme donoren niet meer sinds de wet van 2004.

De vraag om de anonimiteit op te heffen, is een complexe en gevoelige ethische kwestie waarbij heel wat ouders en kinderen betrokken zijn. Het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek heeft er zich in het verleden ook al over gebogen en kon niet tot een consensus komen. Het gaat erom welk recht men hiërarchisch boven het andere zet: de rechten van de donor, de ouders of het kind dat het recht heeft om te weten wat zijn afkomst is. De verschillende perspectieven moeten worden meegenomen in de discussie. Er zijn natuurlijk implicaties bij het opheffen van de anonimiteit, zoals de eventuele impact op de beschikbaarheid van donorgameten en andere. Ik sta open voor het debat. Wij moeten de gevolgen ervan goed bekijken. Het advies van het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-ethiek dateert al van 2004. Ik denk – dat is ook uitgelegd door de vraagstellers – dat de tijdsgeest is gewijzigd en ik zal dus een update van dat advies vragen.

Ondertussen hebben ook verschillende Europese landen de anonimiteit opgeheven. Ik denk daarbij aan Zweden, Oostenrijk, Noorwegen en anderen. Dat is typisch een onderwerp waar het Parlement het debat over kan opstarten, in afwachting van een nieuw advies dat ik wil vragen.

In België kan nu al DNA worden geanalyseerd en opgenomen in publieke DNA-databanken, tegen betaling. Zo kunnen donoren en donorkinderen op vrijwillige basis toch matches vinden via deze databanken. In Nederland is men overgegaan tot gratis inschrijving in DNA-databanken. De wet tot opheffing van de anonimiteit vanaf het moment dat het kind zestien jaar is, dateert uit 2004. Daardoor is er een verschil gekomen voor donoren en donorkinderen voor 2004 en na 2004. Voor de kinderen en donoren die voor de wet van 2004 vallen, is dus het initiatief genomen om zich gratis in een DNA-bank te laten inschrijven. Dat kan ook bekeken worden in België in het kader van het bredere debat. Dat kan ook meegenomen worden door het Comité voor Bio-ethiek. Daar zijn natuurlijk ook nog andere aspecten aan verbonden, het moet ook concreet, technisch, budgettair enzovoort bekeken worden. Dit idee kan ook worden meegenomen. Het is dus nuttig om opnieuw een advies te vragen aan het Comité voor Bio-ethiek over deze kwestie, zodat het Parlement gevoed wordt met nieuwe elementen vanuit onze eigen adviesorganen.

06.04 Els Van Hoof (CD&V): Mijnheer de minister, ik ben tevreden met uw antwoord. Het is al positiever dan uw voorganger het heeft gesteld destijds. Inzake de nationale registratie is het technische overleg bezig om de lopende analyse te consolideren. Er wordt ook snelle vooruitgang geboekt. Hopelijk kan het snel tot een uitvoering komen. Je moet eigenlijk toch wel vertrouwen op de donoren. Je kan hen een papier laten ondertekenen, maar iemand kan evenzeer naar een ander fertiliteitscentrum gaan en weer hetzelfde doen. Die persoon wordt er misschien wel voor betaald en voor studenten is dat aantrekkelijk. In deze tijden zou je dat eigenlijk toch niet zo snel meer doen. De tijdsgeest is in die zin anders geworden. Ook de kans dat de persoon later geconfronteerd kan worden met zijn potentiële kinderen, is toch wel heel groot geworden.

Ik hoop dat de nationale registratie dit jaar nog zal lukken. Na uw uitleg te hebben gehoord, meen ik dat dit zou moeten lukken. We zullen u hierover zeker ook nog ondervragen.

Het is goed dat u ook openstaat voor een debat over het opheffen van de anonimiteit. Een update van het advies van het Comité voor Bio-ethiek is ook wel noodzakelijk. Ik hoop dat het snel een advies kan uitbrengen. Er komen nieuwe debatten, bijvoorbeeld over het draagmoederschap. Het is belangrijk dat wij dat advies daarin kunnen meenemen. We willen immers geen nieuwe zaken creëren zonder dat de oude problemen worden opgelost. Ik hoop dat dit advies er dus tijdig komt.

Dit brengt mij ook bij het Vlaams Afstammingscentrum, dat nu uit de startblokken is geschoten. Men vertelt mij dat zij duizenden vragen krijgen van mensen die op zoek zijn en dat zij geen antwoord kunnen geven. Wij hadden gisteren nog een debat met de metissen. Men vroeg daar om naast het Vlaams Afstammingscentrum ook een Waals Afstammingscentrum op te richten.

De vragen zijn enorm groot, zowel bij adoptanten en metissen als bij mensen die door anonieme donatie ter wereld zijn gekomen.

Zij hebben recht op identiteit en het recht om hun ouders te kennen. Dat staat bij mij heel hoog op de agenda en ik denk ook op die van mijn gewaardeerde collega. Men heeft geen recht op kinderen, maar wel recht op ouders. Dat staat in de mensenrechtenverdragen. Ik hoop dat we die ook op dit vlak kunnen naleven.

06.05 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, ik sluit mij aan bij wat mevrouw Van Hoof heeft gezegd. Ik denk dat het debat over de rechten niet zo moeilijk hoeft te zijn. Ik denk niet dat er zoiets bestaat als het recht op een kind. Wat al zeker niet bestaat, is het recht op het geven van donaties. Als men een nieuwe wetgeving maakt, moeten de rechten van de donoren vooraf duidelijk zijn. Als men het niet eens is met de wetgeving, moet men geen donor zijn. Ik denk dat het recht van het kind hier echt voorop moet worden gesteld. Ik denk dat dit maatschappelijk ook steeds meer doordringt. Ik vind dan ook dat wij deze legislatuur op dat vlak een tandje moeten bijsteken.

Ik heb hierover al heel lang geleden een wetsvoorstel ingediend. Ik wil dat met plezier nogmaals agenderen als het debat eindelijk kan plaatsvinden. Het zou inderdaad nuttig zijn als daar nog een geüpdatete advies van het Comité voor Bio-ethiek bijkomt.

Over uw antwoord over de centrale registratie ben ik net iets minder positief, mijnheer de minister. Ik hoor veel over onderzoek, haalbaarheid en techniciteit.

De wet dateert van 2007. We zijn nu 15 jaar verder. Zo moeilijk lijkt het mij echt niet te zijn om die gegevens te centraliseren en daar een onderzoek op los te laten om te zien waar het fout is gelopen. Dat ligt volgens mij aan de onwil van de sector, eerder dan aan IT-problemen of technische problemen. Ik hoorde dat mevrouw Van Hoof het interpreteert als een antwoord als u zegt dat het nog dit jaar in orde komt. Ik heb het niet zo begrepen, maar als dat uw antwoord is, dan ben ik helemaal mee. Alvast bedankt.

06.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Peel, ik heb niet gezegd dat het dit jaar nog in orde komt. Statements in die zin zult u mij niet zo snel horen maken. Ik heb wel gezegd dat ik aandrang op speed.

De **voorzitter:** Tja, die politieke termen ... Mevrouw Van Peel, wenst u daarop nog te repliceren?

06.07 Valerie Van Peel (N-VA): Mijnheer de minister, dat is inderdaad een zeer groot verschil.

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

De **voorzitter:** De samengevoegde vragen nr. 55023385C van mevrouw Farih, nr. 55023468C van mevrouw Depoorter en nr. 55023689C van de heer Prévot worden uitgesteld. Vraag nr. 55023471C van mevrouw Depoorter wordt uitgesteld. Mevrouw Depoorter heeft verzocht om al haar vragen uit te stellen.

07 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De lange wachttijden in de geestelijke gezondheidszorg" (55023487C)

07 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les longs délais d'attente pour les soins de santé mentale" (55023487C)

07.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, er gaat geen dag voorbij of er wordt gesproken over de lange wachttijden in de psychiatrie. Deze vraag dateert van 16 december.

Uit onderzoek van *VTM Nieuws* en *Het Laatste Nieuws* bij 125 psychiaters bleek dat één psychiater op de drie een patiëntenstop heeft ingevoerd. De wachttijden zijn moordend lang. Ik hoorde de getuigenis van een jonge man met een autismespectrumstoornis die lijdt onder zelfmoordgedachten. Zijn familie was reeds weken op zoek naar acute hulp. Telkens opnieuw wordt men geconfronteerd met lange wachtrijen en beloftes dat men wordt teruggebeld. De verhalen zijn echt schrijnend.

In de krantenartikels werd ook uw mening daarover gevraagd. U stelde niet te willen inzetten op meer

psychiaters, want u vindt dat er reeds genoeg psychiaters zijn in België. "Wij hebben in vergelijking met andere landen een groot aantal psychiaters", zei u.

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Een groot aantal psychologen.

07.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): In het artikel van *De Morgen* staat een groot aantal psychiaters, maar u kunt het straks weerleggen. Het stond alleszins zo in het krantenartikel.

U zei dat u slim wilt investeren. U verwees daarbij naar 200 miljoen euro. Hoe ziet u de verdeling van die 200 miljoen euro jaarlijks precies? Wat bedoelt u met slimme investeringen?

Hoe kunnen de investeringen bijdragen tot het terugdringen van de schrijnend lange wachttijden? Waarom moeten er niet meer psychiaters komen? Wat zijn u plannen?

Hoe wilt u de samenwerking tussen de verschillende actoren bevorderen om een coherenter aanpak van dit probleem te krijgen?

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, ik wil eerst toelichten waar wij staan met de hervorming van de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Daarna zal ik nog een aantal elementen geven over inspanningen die wij doen in de psychiatrie. Die zijn namelijk zeer belangrijk.

Met betrekking tot de eerste lijn weet u dat wij een globale hervorming aan het uitrollen zijn, zodat geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn veel beter uitgerust, beter georganiseerd, beter betaalbaar en beter toegankelijk wordt.

Dat gaat niet alleen over een historisch toch heel belangrijke investering. We voegen 112 miljoen euro toe aan een bestaand budget, dat daardoor met vier wordt vermenigvuldigd. We investeren 152 miljoen euro structureel in geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn. Daarnaast leveren we nog een aantal andere inspanningen. Met die belangrijke investering maken we de geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn betaalbaar en dus toegankelijker. Bovendien komt er een fundamentele hervorming in die zin dat we afstappen van de idee dat geestelijke gezondheidszorg in de eerste lijn alleen maar erop neerkomt dat individuele sessies worden georganiseerd voor patiënten bij individuele klinisch psychologen en orthopedagogen. Ook al is dat belangrijk, we moeten veel meer doen. We moeten op basis van behoeften ontmoetingsplaatsen organiseren met mensen die vaak toch uiting geven aan problemen van mentaal welzijn. Daar moeten we mensen vroegtijdig hulp kunnen aanbieden. Dat gaat dan zowel om huisartsenpraktijken als OCMW's, sociale organisaties, jeugdwerking en scholen. Ik heb aan de netwerken geestelijke gezondheidszorg gevraagd om met de 152 miljoen euro niet alleen te zorgen voor een groeiend aanbod van klinisch psychologen en orthopedagogen die geconventioneerd zijn en die individueel hulp kunnen bieden, maar ook om per regio de vindplaatsen voor mensen met problemen, hun ontmoetingsplaatsen, te identificeren en te onderzoeken hoe netwerken met vertakkingen van geestelijke gezondheidszorg onder andere in de eerstelijnsgezondheidszorg met de huisartsenpraktijken, in de scholen en de OCMW's kunnen worden gecreëerd. Daar wordt aan gewerkt.

Voor Vlaanderen hoop ik dat tegen het einde van de maand die ontmoetingsplaatsen geïdentificeerd zijn, zodat er ook een concreet aanbod uitgerold zal worden. Dat is erg belangrijk. Het gaat over een fundamentele hervorming, echt een cultuurshift. Dat vraagt tijd. Het zal ongeveer tot de zomer duren voordat het hele model volledig uitgerold is. Men wil immers ook zorgvuldig en stap voor stap te werk gaan, maar ondertussen, mevrouw Merckx, is het individuele aanbod wel sterk aan het groeien.

Ik geef een paar cijfers. In maart van vorig jaar was er een aanbod van psychologische zorg in de eerstelijnszorg, uitgeteld op maandbasis en in uren, van 29.855 uur. In januari van dit jaar, met de nieuwe conventie, is dat aantal al gegroeid tot 41.916 uur. Het aantal is dus gegroeid, van afgerond 30.000 uur beschikbare psychologen die gratis een eerste sessie en voor 11 euro de volgende sessies aanbieden in maart tot bijna 42.000 uur beschikbare psychologen nu. Dat is een groei met 40 %. Het aanbod voor jongeren is gegroeid met 50 %. Dat aanbod staat klaar. In maart vorig jaar werden er 5.565 sessies verleend en in januari van dit jaar 22.373. Dat is een groei met 400 %.

Waarom beklemtoon ik dat? Dat is niet omdat het werk af is. Het is een eerste resultaat van de nieuwe conventie en het aanbod moet verder groeien. Het aantal sessies eerstelijns psychologische hulpverlening is

dus vier keer groter geworden tussen maart van vorig jaar en januari van dit jaar. Dat is bijzonder belangrijk. Ondertussen wordt de hervorming verder uitgerold. Daarnaast doen wij belangrijke investeringen in de geestelijke gezondheidszorg op een meer gespecialiseerde basis en in de psychiatrie, en met name in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Dit jaar wil ik een extra investering lanceren van 51 miljoen euro, die staat in de steigers. 35 miljoen daarvan is bestemd voor kinderen en jongeren. Wij spreken dan over de leeftijd tot en met 23 jaar. Dat is een investering die ik gefaseerd wil uitrollen, dit jaar en volgend jaar.

Ik wil tegen het najaar van 2022 het ambulante aanbod versterken. Dat betekent dat het tijdelijke initiatief dat ik heb genomen voor liaisonteam in de ziekenhuizen ter ondersteuning van de kinder- en jeugdpsychiatrie, structureel gemaakt kan worden. Dat betekent ook een verdere uitbreiding van mogelijkheden in de ambulante zorg.

Dat betekent ook dat we de huidige onderfinanciering aanpakken van projecten voor kinderen die een misdrijf hebben gepleegd, de zogenaamde forensische K-projecten of For-K, en we deze zullen versterken. In 2023 zullen wij het ziekenhuisaanbod verder versterken.

Het gaat dus over investeringen ten belope van 35 miljoen euro met hopelijk een impact op het terrein tegen het najaar van dit jaar en in 2023, specifiek gericht op kinder- en jeugdpsychiatrie.

Daarnaast heb ik 16 miljoen euro veil voor initiatieven, waarvoor ik vóór de zomer een oproep doe aan de netwerken, om het aanbod voor volwassenen te versterken, door onder meer extra in te zetten op betere crisisopvang in ziekenhuizen. Samen is dat 51 miljoen euro.

We hebben niet stilgezeten. We hebben, gelet op de noden op het terrein, reeds de mobiele crisisteams voor kinderen en jongeren versterkt, goed voor 4,7 miljoen euro. Concreet betekent het 50 vte's extra aan de slag in de mobiele crisisteams. Dat gaat over psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, orthopedagogen, netwerkpsychiaters. Daarnaast heb ik een budget van 15,9 miljoen euro geïnvesteerd in 55 kinderpsychiatrische diensten. Uitgedrukt in vte's gaat het over afgerond 217 psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en orthopedagogen. De bedoeling is dat wachttijden voor kinderen en jongeren die wachten op opname in een ziekenhuis worden overbrugd, alsook om ontslag uit het ziekenhuis te versnellen. Dat is erg belangrijk, omdat het kan helpen de bestaande capaciteit in ziekenhuizen beschikbaar te maken voor meer kinderen en jongeren, met dus een betere voor- en nazorg tot gevolg.

Daarnaast heb ik 20,3 miljoen geïnvesteerd in de mobiele teams voor ouderen, een nieuw initiatief. Dat gaat over een uitbreiding met personeel, voornamelijk psychologen, alsook maatschappelijk assistenten en ervaringsdeskundigen, goed voor 244 vte's.

Kortom, het gaat om een heel belangrijke investering. Als ik dat uitzet, kom ik in de buurt van 500 vte's: psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen, orthopedagogen, psychiaters ingezet voor crisisopvang, voor betere zorg voor kinderen en jongeren in ziekenhuizen en psychiatrische eenheden, en ook voor mobiele interventies voor ouderen met ernstige problemen van geestelijke gezondheid. Dat is heel wat.

Is het genoeg? Dat hoort u mij niet zeggen. Wij hebben ook tijdelijke maatregelen genomen. Ik breng de groepssessies psychologische zorg voor studenten in herinnering. Voorts zorgden wij voor 23 liaisonteam of 62 vte's in de niet-psychiatrische diensten van ziekenhuizen voor kinderen en jongeren. Hierdoor kan een capaciteit ten belope van 160 bedden, waarin bijvoorbeeld kinderen en jongeren met eetstoornissen verblijven, worden opgewaardeerd met psychiatrische omkadering.

Die 23 liaisonteam zijn geïnvesteerd in de ziekenhuizen en vormen zodoende een brug tussen de psychiatrische diensten en bijvoorbeeld pediatrie, met name voor kinderen met eetstoornissen. Zij blijven op post tot 31 juli aanstaande. Het is echter mijn bedoeling om dit structureel te verankeren, met behulp van de 35 miljoen euro waarvan ik sprak.

Daarnaast hebben we ook een project gehad van gratis sessies voor zelfstandigen met problemen van mentaal welzijn, wat om begrijpelijke redenen een vaak voorkomend probleem is in deze tijd. Dat project van gratis sessies bij klinisch psychologen loopt tot eind deze maand en zal dan worden afgerond.

Wij zijn dus bezig met zeer belangrijke investeringen in geestelijke gezondheidszorg en in psychiatrie. Die

investeringen worden momenteel uitgerold en dat vraagt tijd, want het gaat om een fundamentele hervorming in de eerste lijn. Het is niet "meer van hetzelfde", het is wel meer van iets anders en iets beters. Dat vraagt tijd; daarvoor vraag ik begrip. Vandaag las ik in *De Morgen* ook over het ongeduld van mensen op het terrein die vragen waar de maatregelen blijven, omdat zij vinden dat het sneller moet. Dat begrijp ik zeer goed.

Wij hebben ondertussen in de 32 netwerken van geestelijke gezondheidszorg bijna overal een netwerkcoördinator, verantwoordelijk voor de uitrol op het terrein. Ik vraag natuurlijk dat die mensen daaraan met bekwame spoed voortwerken. Er worden ook *milestones* gedefinieerd. Dat is de 152 miljoen euro in eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg.

Daarnaast komt er nu dus 51 miljoen euro, gericht op de psychiatrische problematiek van kinderen, jongeren en volwassenen. Daarnaast heb ik reeds 20 miljoen uitgetrokken voor mobiele teams voor ouderen, 15,9 miljoen voor versterking van kinderpsychiatrische diensten en 4,7 miljoen voor versterking van mobiele crisisteams voor kinderen en jongeren. Dat zijn belangrijke investeringen, waar een legertje van ongeveer 500 voltijdse eenheden tegenover staat. Die mensen zijn aan het werk op het terrein.

Eigenlijk spreek ik daar niet veel over, maar nu u mij erover ondervraagt, vind ik het wel nuttig om dat uitvoerig op een rij te zetten. Ik ben niet euforisch of zo, het is niet allemaal perfect, we zitten ook niet aan het einde van de nodige inspanningen. Achter de schermen wordt er vandaag echter wel zeer hard gewerkt. Bovendien, terugkerend naar de eerste lijn, de netwerkcoördinatoren, ondertussen in de meeste netwerken aan de slag, hebben echt *milestones* om die fundamentele hervorming op het terrein uit te rollen. Dat vind ik toch wel heel belangrijk.

In dit land is er een historische onderinvestering in geestelijke gezondheidszorg, met name in toegankelijke, laagdrempelige, eerstelijnsgeestelijke gezondheidszorg.

Ik wil een hedendaags model uitrollen dat gericht is op de gezondheid van de bevolking. Dat is veel meer dan het organiseren van een individuele relatie tussen patiënt en hulpverlener. Het is onder meer dat, maar het is veel meer dan dat. Daarmee zijn wij bezig in deze netwerken geestelijke gezondheidszorg.

07.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik zal het verslag nog eens goed nalezen met betrekking tot alle cijfers, want ik kom uit op meer dan 200 miljoen. Dat is op zich natuurlijk positief nieuws.

Natuurlijk ga ik niet helemaal akkoord als u zegt dat het historisch is. Als men van niets begint en er komt iets, is dat altijd historisch. De achterstand is enorm. U zegt dat het aantal terugbetaalde sessies maal vier is gegaan. Het is ook toegankelijker geworden. Dat betekent natuurlijk niet dat die ervoor niet bestonden. Daarvoor moesten de mensen die volledig betalen.

U zegt dat u het vanochtend in de krant hebt gelezen. Het is belangrijk om meer te doen dan het te lezen. Er is op het terrein nog steeds een probleem. Ik ervaar het zelf ook als arts. Het is nu met die conventie gemakkelijker om iemand door te verwijzen naar een psycholoog, maar wij blijven zitten met wachttijden. Wij zien ook dat die psychologen snel volgeboekt zijn. Dan moet men toch naar de privé gaan. Er is zeker nog heel veel werk aan de winkel.

Ik ga ook akkoord als u zegt dat psychologische hulp meer is dan individuele sessies. Er is echter echt wel een nood op het terrein die moet worden ingevuld. Ik heb u ook niets horen zeggen over het tekort aan psychiaters. U bent daarop niet ingegaan. Het kwam wel indirect aan bod, in sommige cijfers. U sprak over 217 voltijdse equivalenten. Daar zitten ook psychiaters bij maar we weten niet hoeveel. Hoe gaan wij dat specifieke probleem oplossen?

Ik zie een deel verbrokkeling in uw aanpak, met een paar miljoen hier, een paar miljoen daar en een paar miljoen daar. Ik ben zelf voorstander van een meer algemene en universele aanpak van de behandeling.

Het is ook belangrijk om aan preventie te doen. We moeten ervoor zorgen dat psychologische problemen besproken kunnen worden en dat we ze kunnen aanpakken. Ik verwijs in dat verband even naar de arbeidsdeal die de regering vannacht heeft beslist: door het meer normaliseren van de flexibiliteit van de arbeider en de tienuredag, zal het aantal mensen met een burn-out natuurlijk enkel maar toenemen. Wij moeten dus echt werk maken van werkbaar werk en van de combinatie van werk en gezinsleven. De beslissingen die vannacht zijn genomen gaan alleszins niet in de goede richting.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 55023580C en 55023593C van mevrouw Depoorter worden op haar verzoek uitgesteld.

Vraag nr. 55023600C van de heer Bacquelaine wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55023623C)
Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Fonds blouses blanches" (55023623C)

07.06 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, met het Zorgpersoneelfonds, dat we een tijdje geleden goedkeurden, kunnen er extra mensen in de zorg tewerkgesteld worden. Van de 402 miljoen euro is er 48 miljoen bedoeld voor extra zelfstandige thuisverpleegkundigen. Vandaag zijn er in ons land 20.000 gediplomeerde verpleegkundigen die niet werken in de zorg.

De bedoeling is dat door bijscholing dit potentieel aan mogelijke werkrachten naar onder andere het beroep van zelfstandig verpleegkundige kan worden toegeleid. Op 21 december 2020 werd door de sector een voorstel gedaan aan de diensten van het RIZIV over hoe die bijscholing er zowel theoretisch als praktisch moet uitzien, met een budgettaire berekening van de mogelijke vergoeding van de mentoren en de mogelijke premies voor de verpleegkundigen.

Ik heb u hier op 21 september van vorig jaar al vragen over gesteld. Ik vroeg u toen naar de stand van zaken en u hebt toen verteld dat er verschillende pistes werden onderzocht inzake de herintreding en de ondersteuning op het vlak van de administratieve lasten. Tot op vandaag is er echter geen beslissing genomen. Op het terrein leeft de angst dat er vertragingsmanoeuvres worden uitgevoerd, waardoor het personeel in loondienst wel al versterking heeft gekregen terwijl de zelfstandige verpleegkundigen verweesd achterblijven, en dat de 48 miljoen euro die inmiddels is opgenomen in het RIZIV-budget finaal voor andere zaken zal worden aangewend.

Mijnheer de minister, graag verneem ik van u of u garandeert dat de voorziene 48 miljoen euro uitsluitend zal worden besteed aan de ondersteuning van zelfstandig thuisverpleegkundigen.

Binnen welke termijn zal er worden beslist over de voorstellen van de sector inzake de besteding van die middelen?

Waarom loopt dit dossier zo'n vertraging op?

07.07 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, ik heb zeker de intentie om de voorziene 48 miljoen euro te laten besteden aan de maatregelen en de doelstellingen die vastgelegd zijn in deze wet. De bedoeling is te komen tot een duidelijke vermeerdering van het aantal zelfstandige verpleegkundigen die patiënten thuis verzorgen. Daarbij moeten de beschikbare middelen zo efficiënt mogelijk worden ingezet. Vergelijken met soortgelijke initiatieven is ook aangewezen met het oog op het bereiken van een maximale coherentie.

Het gaat hier niet om bewuste vertragingsmanoeuvres ten aanzien van de zelfstandige thuisverpleegkundigen en zorgkundigen. De betrokken actoren in de commissies van het RIZIV zijn in overleg over mogelijk nuttige bestemmingen. Wij geven dit overleg gewoon de nodige ruimte.

Maar ik deel uw aandacht daarvoor en in zekere zin ook uw ongeduld dat het sneller vooruit zou moeten gaan.

07.08 Robby De Caluwé (Open Vld): Dank u dat u die bezorgdheid deelt. Ik meen dat het belangrijk is dat wij hier snel werk van kunnen maken. Ik kijk dus heel hard uit naar het vervolg. Ik zal u daar in de toekomst zeker nog over bevragen.

De **voorzitter**: Onze commissie plant trouwens een hoorzitting over het Zorgpersoneelfonds in de weken na de krokusvakantie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Olivier Vajda à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La formation des utilisateurs et vendeurs de produits phytosanitaires" (55023643C)

08 Vraag van Olivier Vajda aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De opleiding van de gebruikers en verkopers van gewasbeschermingsmiddelen" (55023643C)

08.01 **Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le président, monsieur le vice-premier ministre, ma question avait été posée dans l'atmosphère de Noël et dans le contexte d'un reportage télévisé diffusé sur la RTBF: *Mon beau sapin, roi du business*. J'ai été interpellé par certaines pratiques révélées par cette émission d'investigation, notamment sur la culture des sapins de Noël et l'utilisation de produits phytosanitaires

En l'espèce, la liste des produits phytosanitaires autorisés pour la culture du sapin recèle de nombreux pesticides cancérigènes et perturbateurs endocriniens. Une grande partie de la profession est donc utilisatrice de produits phytosanitaires dans le cadre de ses activités. M'intéressant à la question, je me suis rendu sur le site internet des phytolicensances et j'y ai appris que votre SPF décerne une phytolicensance qui doit être obtenue par toute personne physique qui achète, stocke ou utilise des produits phytopharmaceutiques à usage professionnel ou des adjuvants dans le cadre de leur activité professionnelle, donne des conseils, distribue ou vend de tels produits.

La licence est accordée moyennant une formation initiale et maintenue moyennant le suivi d'une formation continue. Il me revient que l'Union Ardennaise des Pépiniéristes (UAP) ferait partie des formateurs, ce qui m'a particulièrement étonné.

Monsieur le vice-premier ministre, par qui sont assurées les formations initiales continues en matière de phytolicensance? Par des membres de votre SPF, des formateurs indépendants ou autres?

Confirmez-vous que l'UAP fait partie des formateurs agréés par votre SPF pour assurer la formation, à tout le moins la formation continue, pour obtenir ou conserver la phytolicensance? D'autres unions professionnelles auraient-elles le même rôle ou est-ce un cas unique? Dans l'affirmative, le fait que l'UAP soit à la fois formatrice et utilisatrice de produits phytosanitaires, ne pose-t-il pas problème d'indépendance du formateur et d'objectivité de la formation?

Quel contrôle du contenu et de la dispense de la formation est-il effectué?

Enfin, un cahier des charges est-il imposé aux formateurs? Comment le contrôle de sa mise en œuvre est-il effectué?

Le **président**: On comprend votre préoccupation en tant que député du Luxembourg.

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Vajda, je suis un peu gêné parce que je comprends tout à fait votre préoccupation mais je dois vous dire que l'organisation des formations initiales et des formations continues en matière de phytolicensance relève de la compétence des Communautés et des Régions. Le SPF Santé publique est chargé d'octroyer et de prolonger les phytolicensances sur la base des informations fournies par les Régions et les Communautés. Je ne peux pas donner de réponse plus étoffée à vos questions.

08.03 **Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je vais effectivement me diriger vers la Région wallonne mais je dois comprendre de votre réponse qu'aucun contrôle n'est effectué par vos services alors que c'est votre SPF qui accorde quand même la phytolicensance. Il y a ici quelque chose qui m'échappe ou qui m'étonne, je vous l'avoue. J'espère qu'il y a une très grande collaboration entre vos services et les services compétents de la Région wallonne en ce qui concerne les formations parce que c'est un élément qui me paraît tout à fait essentiel pour que la licence puisse être octroyée ou maintenue.

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

Le **président**: La question n° 55023646C de M. Daniel Bacquellaine est transformée en question écrite. La question n° 55023657C de Mme Dominiek Sneepe est reportée.

09 **Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de PSA-test" (55023664C)**

09 **Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du test PSA" (55023664C)**

09.01 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, in 2012 werd de terugbetaling van de PSA-test stopgezet, behalve voor mannen met een familiaal verhoogd risico op prostaatkanker en voor de opvolging van een prostaatkankerbehandeling.

Daarmee volgde ons land het voorbeeld van de Verenigde Staten, waar een federale adviescommissie in datzelfde jaar besliste om de vroegtijdige opsporing van prostaatkanker stop te zetten vanwege overdiagnose en overbehandeling. Sinds de stopzetting van de terugbetaling van de PSA-test en dus van de actieve opsporing van prostaatkanker, zien we dat het aantal mannen waarbij de diagnose van een gevorderde, niet geneesbare prostaatkanker wordt gesteld toeneemt en dus ook het aantal overlijdens door prostaatkanker, een kanker die nochtans perfect behandelbaar is.

Vandaag hebben urologen methodieken ontworpen om die overdiagnose en vooral de overbehandeling te vermijden. Ze pleiten voor de terugbetaling van de PSA-test voor goed geïnformeerde mannen vanaf de leeftijd van 45 jaar. De overbehandeling vermijden zij door gebruik te maken van verschillende methodieken, zoals risicostratificatie, om uit te maken of er een mpMRI noodzakelijk is, die op zijn beurt bepaalt of een biopsie moet worden genomen. Op het vlak van behandeling is men ook terughoudender. Door te werken met actieve surveillance beperkt men het aantal chirurgische ingrepen. In heel veel landen in Europa begint men opnieuw te investeren in vroegdetectie met deze strategie en uiteraard startend met een PSA-test.

Hoe staat u tegenover een verruimde terugbetaling van de PSA-test in het kader van vroegdetectie bij goed geïnformeerde mannen vanaf 45 jaar?

09.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Systematische screening van mannen op prostaatkanker wordt nog altijd niet aangeraden.

De internationale aanbevelingen en richtlijnen worden door mijn diensten opgevolgd. Voorlopig is er geen wetenschappelijke evidentie om de terugbetalingsregels te herzien. Het juist interpreteren van de PSA-test als screeningstest is niet altijd gemakkelijk. De PSA kan verhoogd zijn zonder dat er sprake is van kwaadaardigheid, bijvoorbeeld bij een goedaardige vergroting van de prostaat, en bij sommige kwaadaardige tumoren kan de PSA-waarde zelfs normaal zijn.

Bij ongeveer 25 van de 1.000 gescreende mannen worden tumoren opgespoord die heel langzaam groeien en die zonder opsporing tijdens de rest van hun leven bij de grote meerderheid nooit problemen zouden hebben gegeven. Daartegenover staan de gekende neveneffecten van systematische screening, zoals angstinductie, overbehandeling met impotentie en incontinentie tot gevolg en complicaties van de chirurgie of de radiotherapie.

Het voordeel van screening zit in een relatieve mortaliteitsreductie, specifiek voor prostaatkankersterfte. Ook wordt het aantal uitgezaaide prostaatkankers verminderd. Die voordelen kunnen echter niet consistent aangetoond worden in de verschillende studies. Ondanks het wetenschappelijke advies van het KCE van actieve opvolging en minder chirurgie, is er een stijgende trend van het aantal prostatectomieën, specifiek voor prostaatkanker.

We weten dat sommige patiënten zullen blijven vragen om gescreend te worden en sommige artsen het actief zullen blijven aanbieden. De beslissing om tot PSA-screening over te gaan bij een individuele patiënt moet gebaseerd zijn op een expliciet bewustzijn bij de patiënt zelf van de mogelijke voor- en nadelen, in een gedeelde besluitvorming. Hiervoor moet voldoende tijd uitgetrokken worden. Huisartsen en urologen kunnen

ondersteund worden om deze boodschap op een verstaanbare wijze over te brengen, door een beslissingshulpdocument, zoals aangeboden door het KCE.

Als de PSA-test toch wordt uitgevoerd buiten de terugbetalingsregeling, bedraagt het honorarium 11,38 euro. Bij familiale predispositie en bij gekende prostaatkanker wordt de test uiteraard terugbetaald.

09.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, het is belangrijk om op te volgen hoe de wetenschappelijke inzichten hieromtrent evolueren. Vroegdetectie kan inderdaad belangrijk zijn, maar uiteraard moet er ook wetenschappelijke evidentie zijn dat het ook zinvol is om dat te doen. Ik wil u alleszins bedanken dat u dit verder opvolgt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 55023719C van mevrouw Depoorter word uitgesteld.

10 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het verbod op tatoeage-inkten met isopropanol" (55023720C)

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Isopropanol" (55024968C)

10 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction des encres de tatouage contenant de l'isopropanol" (55023720C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'isopropanol" (55024968C)

10.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, sinds kort mogen tatoeëerders geen inkt meer gebruiken waarin isopropanol zit. Isopropanol is een solvent dat in tatoeage-inkt als oplosmiddel voor kleurstoffen wordt gebruikt. Op Europees niveau werd beslist dat isopropanol moet worden geweerd omdat het irritaties kan veroorzaken. Als isopropanol in het bloed en de lever terechtkomt, kunnen toxische metaboliëten worden gevormd.

Het grote probleem voor de tatoeëerders is dat de meeste inkten isopropanol bevatten en dat alternatieven op zich laten wachten omdat ze niet in voorraad zijn. Bepaalde kleuren zullen pas over enkele maanden beschikbaar zijn. Veel tatoeëerders vrezen dat ze hun klanten niet verder zullen kunnen helpen.

De sector heeft tijdens de coronaperiode al een hele lijdensweg ondergaan. Daarom vragen zij aan de FOD Volksgezondheid om een overgangsregeling te voorzien. Die vraag wordt ook door UNIZO gesteund.

Mijnheer de minister, wat vindt u van de problematiek en de oproep van de tatoeëerders? Welke mogelijke oplossingen ziet u? Bent u bereid om een overgangsregeling toe te staan?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: De nieuwe verordening betreffende tatoeage-inkt is gericht op stoffen die, overeenkomstig de Europese CLP-verordening 1272/2008 zijn ingedeeld als mutageen of kankerverwekkend, reprotoxisch, allergeen of bijtend of irriterend voor huid of ogen. Deze beperking omvat ook stoffen die in cosmetische producten verboden of aan strenge beperkingen onderworpen zijn, op basis van de bijlagen II en IV van de EU-verordening 1223/2009, alsmede een aanvullende lijst van specifieke stoffen die gezondheidsrisico's inhouden, waaronder bepaalde pigmenten, onzuiverheden en zware metalen.

Tatoeage- en permanente make-upinkt zullen niet meer in de handel mogen worden gebracht indien ze deze stoffen bevatten in een concentratie die gelijk is aan of hoger is dan de in de nieuwe verordening genoemde concentratie.

De verordening heeft bijgevolg tot doel consumenten een betere bescherming van hun gezondheid te garanderen wanneer zij worden blootgesteld aan chemische cocktails na het injecteren van tatoeage- en permanente make-upinkt, om aldus het risico van chronische allergische reacties, lokale reacties en/of ernstige systemische effecten te verkleinen.

Meer in het bijzonder is isopropanol wegens zijn risicoprofiel opgenomen in de nieuwe verordening. Volgens de geharmoniseerde CLP-indeling is die stof geclassificeerd als licht ontvlambaar, kan zij slaperigheid of duizeligheid veroorzaken en is zij irriterend voor de ogen. Op basis van dat laatste gevaar is isopropanol opgenomen in de nieuwe beperking inzake tatoeage- en permanente make-upinkt. Irriterende of bijtende stoffen werden opgenomen in de nieuwe verordening, omdat de wetenschappelijke experts uitgaan van het principe dat de effecten mogelijk ernstiger zullen zijn wanneer de stof in de huid wordt geïnjecteerd in plaats van op de huid te worden aangebracht. Die hypothese is ook van toepassing op de stoffen wanneer zij in de ogen worden geïnjecteerd.

De complicaties van een tatoeage zijn niet gemakkelijk op te lijsten. Personen die problemen ondervinden, zullen niet automatisch bij de spoeddienst of een ziekenhuiscentrum langsgaan. Zij raadplegen vaak een dermatoloog of een plastisch chirurg om de beste oplossing te vinden. Eventuele bijwerkingen die door de inkt worden veroorzaakt zijn op lange termijn uiteraard moeilijk op te volgen. Bovendien is het onmogelijk om de effecten van één bepaalde stof te isoleren wanneer een mengsel van gevaarlijke stoffen wordt geïnjecteerd en een effect veroorzaakt.

De maatregelen worden op EU-niveau besproken en het Committee for Socio-economic Analysis was van mening dat de voorgestelde overgangperiode van twaalf maanden de betrokken actoren voldoende tijd zou geven om hun activiteiten aan te passen. Er werd dus voorzien in een overgangperiode van een jaar tussen de bekendmaking van de teksten en de inwerkingtreding ervan. De tekst is op 15 december 2020 bekendgemaakt en de maatregelen zijn sinds 4 januari 2022 van toepassing. Op Belgisch niveau zijn geen aanvullende overgangsmaatregelen gepland, aangezien het niet mogelijk is om zomaar af te wijken van een Europese verordening.

De federale inspectie van de FOD Volksgezondheid zal instaan voor de controle op de samenstelling van de inkten. Alle inspecteurs van de inspectiedienst zijn in staat de controles uit te voeren. Er zijn acht inspecteurs om de maatregelen te controleren die onder meer in de REACH-verordening zijn vastgelegd.

De voorziene sancties zijn beschreven in artikel 17, § 1, van de wet van 21 december 1998 betreffende de productnormen ter bevordering van duurzame productie- en consumptiepatronen en ter bescherming van het leefmilieu, de volksgezondheid en de werknemers. Overtreders worden gestraft met een gevangenisstraf van 8 dagen tot 3 jaar en een geldboete van 160 euro tot 4 miljoen euro, of met een van die straffen alleen.

10.03 Robby De Caluwé (Open Vld): In België kan dus niet worden afgeweken van de regeling. Er kan niet in een langere overgangperiode voorzien worden omdat het een Europese verordening betreft. We mogen ook op vlak van de volksgezondheid geen risico's nemen. Voor de sector zijn het echter al heel moeilijke tijden geweest en dit komt er nog eens bij. Ik begrijp dat u er niks aan kunt doen.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55023727C van mevrouw Depoorter wordt uitgesteld.

11 Vraag van Eva Platteau aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-terugbetaling van logopedie bij meertalige opvoeding" (55023783C)

11 Question de Eva Platteau à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le non-remboursement des prestations de logopédie en cas d'éducation multilingue" (55023783C)

11.01 Eva Platteau (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, deze vraag werd al op 10 januari ingediend. Ik heb er wel begrip voor dat u wordt overstelpt door mondelinge vragen.

In België worden veel kinderen meertalig opgevoed. Thuis spreken ze bijvoorbeeld met een of beide ouders een andere taal dan het Frans of Nederlands of de taal van het onderwijs dat ze volgen. Meestal loopt dit goed en worden ze succesvolle meertalige burgers. Neurologische studies wijzen uit dat vroege meertaligheid zelfs de breinfuncties gunstig kan beïnvloeden. Ook economisch gezien zijn er veel voordelen aan meertaligheid.

Ondanks deze wetenschappelijk aangetoonde voordelen van meertaligheid bestaan er hardnekkige vooroordelen over meertaligheid en wordt dit vaak geproblematiseerd. Een uiting daarvan is bijvoorbeeld kinderen die gesanctioneerd worden op school omdat ze op de speelplaats onderling de thuistaal spreken.

Recent kwam ik nog een ander frappant voorbeeld tegen. In het KB van 15 mei 2004 dat de terugbetaling van logopedische verstrekkingen regelt, staat dat de verzekeringstegemoetkoming is uitgesloten in geval van behandeling van stoornissen ten gevolge van psychiatrische aandoeningen of emotionele toestanden, van relatieproblemen, van een verwaarloosd of gebrekkig schoolbezoek en van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of van een veeltalige opvoeding. Ziekenfondsen kunnen deze passage dus aangrijpen, en doen dat ook, om kinderen die meertalig worden opgevoed en logopedie nodig hebben uit te sluiten van terugbetaling, ook al is er geen enkele wetenschappelijke evidentie voor een link tussen hun spraakproblemen waarvoor ze logopedie nodig hebben en de meertalige opvoeding.

Vindt u het terecht dat de ziektewetgeving het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of een veeltalige opvoeding in verband brengt met stoornissen waarvoor logopedie nooit dient te worden terugbetaald? Op welke wetenschappelijke evidentie berust deze passage?

Bent u van oordeel dat deze passage een vorm is van taaldiscriminatie?

Hebt u er zicht op hoe vaak ziekenfondsen dit argument gebruiken om terugbetaling van logopedie te weigeren?

Bent u bereid om deze passage uit het KB aan te passen of te schrappen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Platteau, ik zal de vragen een voor een beantwoorden en beginnen met uw eerste twee vragen.

De tekst van paragraaf 3 van de nomenclatuur van logopedische prestaties – dat is artikel 36 van de nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen, met name de tekst die u hebt geciteerd – stelt niet dat de tegemoetkoming van de verplichte ziekteverzekering voor tweetalige of meertalige kinderen automatisch uitgesloten is. In de tekst staat dat vergoeding kan worden geweigerd in geval van "stoornissen ten gevolge van het aanleren van een andere taal dan de moedertaal, of van een veeltalige opvoeding". De adviserend arts van het ziekenfonds beslist op grond van de elementen van het dossier of een oorzakelijk verband tussen de twee factoren, namelijk meertaligheid en logopedische stoornissen, kan worden bevestigd of ontkend.

Om te trachten zo veel mogelijk probleemsituaties billijk te regelen, heeft de Overeenkomstencommissie logopedisten het concept 'taalbad' geformuleerd, in een poging het taalaanbod te meten, met name de taal die kinderen buitenshuis spreken. Over dit concept van 'taalbad' – dat overigens geen deel uitmaakt van de wettelijke tekst, maar veeleer een soort van handelwijze betreft voor zorgverleners en adviserend artsen – wordt gesteld dat het kan plaatsvinden in de crèche, in de kleuterschool, in de lagere school of op alle plaatsen waar het kind regelmatig of dagelijks vertoeft. De duur ervan moet minstens een jaar bedragen. Er moet nu eenmaal een duidelijke grens worden vastgesteld. De duur van een jaar is voor de meeste situaties in de dossiers redelijk gebleken. Indien het kind dus minstens één jaar aan dit taalbad wordt blootgesteld en het logopedische probleem blijft aanhouden, dan kan men ervan uitgaan dat het logopedische probleem geen verband houdt met het aanleren van een andere taal dan de moedertaal of de veronderstelde moedertaal, met name de taal die thuis wordt gesproken, op voorwaarde dat het kind en zijn ouders thuis intensieve verbale uitwisselingen hebben in deze taal, wat niet noodzakelijk het geval is in alle gezinnen.

Bovendien wordt er soms door de adviserend arts gevraagd om het probleem ook aan te tonen in de moedertaal. Het is daarbij de bedoeling aan te tonen dat de stoornis aanwezig is in alle talen die het kind spreekt. Ook dat is immers een aanwijzing dat de stoornis geen verband houdt met het aanleren van de ene of de andere taal.

Soms vormt het een probleem om het kind in de moedertaal te kunnen testen met een aanvaarde logopedische test uit de limitatieve lijst, want die lijst bestaat alleen in het Nederlands, het Frans en het Duits. Kortom, het is niet altijd gemakkelijk om een eenvoudige beslissing te nemen in dossiers, in het bijzonder betreffende stoornissen uit § 2, b, 2°, van de nomenclatuur, de zogenaamde taalontwikkelingsstoornissen, indien er sprake is van twee- of meertaligheid. De adviserend arts van het ziekenfonds heeft altijd het recht om bijkomende informatie te vragen. Voor de logopedist is het dus altijd interessant om een zeer beargumenteerd en gemotiveerd bilan op te stellen, in het bijzonder indien de voorwaarde van het taalbad niet is vervuld.

In antwoord op uw derde vraag, wij beschikken niet over informatie over het aantal aanvragen voor tegemoetkomingen in logopedie dat op grond van dat criterium van artikel 36, lid 3, van de nomenclatuur wordt geweigerd, evenmin in combinatie met andere weigeringscriteria. Die informatie is namelijk in het bezit van de verschillende ziekenfondsen. Er dient op te worden gewezen dat de aanvrager altijd een beroep kan aantekenen bij de arbeidsrechtbank in geval van een weigering van een tegemoetkoming, maar ik heb ook geen statistieken over de beroepen en de gevolgen die rechtbanken daaraan geven.

In uw vierde punt vraagt u naar de eventuele schrapping van die passage van paragraaf 3 van de logopedische nomenclatuur, alsook van andere weigeringscriteria die in die paragraaf worden opgesomd. Dat is een bevoegdheid voor de Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen. Voor zover wij weten heeft die commissie momenteel geen plannen in die richting, aangezien die commissie, zoals ik al zei, er vooral voor heeft willen zorgen dat er op een redelijke en gemotiveerde wijze een beroep op dat criterium wordt gedaan.

11.03 Eva Platteau (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. U zegt dat de tegemoetkoming niet automatisch wordt uitgesloten. Een vergoeding kan worden geweigerd en een adviserend arts van het ziekenfonds moet over het oorzakelijk verband oordelen. Daarin schuilt volgens mij het probleem, want dat is voor interpretatie vatbaar, aangezien er geen wetenschappelijke grond bestaat om überhaupt een oorzakelijk verband aan te duiden tussen meertaligheid en een logopedische nood bij een kind.

U verwijst ook naar het 'taalbad'. Ik mag toch stellen dat dit ook een gecontesteerd begrip is. Ik denk spontaan aan de Vlaamse minister van Onderwijs, die dit ook hanteert om taaltesten voor kleuters in te voeren in het Nederlandstalig onderwijs, waarop ook heel veel kritiek is geweest.

Ik vraag mij af of het een goede manier van werken is dat er voorwaarden worden gekoppeld aan de logopedische terugbetaling. Wat willen we hiermee bereiken? Wil men kinderen die uit kwetsbare milieus komen en die nood hebben aan logopedische ondersteuning, net om de taal te leren, uitsluiten van logopedische ondersteuning? Ik vind dit een vreemde werkwijze. Ik hoop dat dit van nabij kan worden onderzocht, rekening houdend met wetenschappelijke inzichten.

U zegt dat u geen idee hebt van de cijfers. U weet niet hoe vaak ziekenfondsen dit als uitsluitingsgrond gebruiken en hoe zij daarmee omgaan? Het zou interessant zijn om te weten hoe vaak dit voorkomt. Uiteraard kunnen ouders in beroep gaan tegen zo'n beslissing, maar dat is weer een administratieve procedure. Wederom zullen kwetsbare gezinnen en kwetsbare kinderen veel vaker uit de boot vallen en hiervan het slachtoffer zijn.

Ik hoop dat u of de commissie zich hierover in de toekomst toch nog zal beraden.

11.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Platteau, mijns inziens gaat het hier toch echt over andere debatten, waarover ik mij in het kader van het Vlaamse onderwijsbeleid uiteraard niet kan uitspreken. Logopedie heeft betrekking op de gezondheidszorg. Dat gaat over taalontwikkelingsstoornissen. Men probeert een onderscheid te maken – dat is inderdaad een kwestie van appreciatie, daar moet men criteria voor hebben – tussen problemen met het aanleren van een taal, wat eigenlijk onderwijsproblemen zijn, en taalontwikkelingsstoornissen. Dat is een fijne lijn om te trekken, maar men moet ze wel trekken. Dat moet ook correct worden beoordeeld.

Ik vind dat geen discriminatie. Het is wel raar dat u zegt dat dit discriminatie is. Neen, het kind wordt niet gediscrimineerd omdat het een andere taal of een tweede taal leert. Men probeert gewoon te weten te komen wat het probleem is.

Moet hier een gezondheidszorgberoep worden gemobiliseerd of is het een soort onderwijsprobleem of taalleerprobleem? Dat is toch iets anders. Ik begrijp wel uw bezorgdheid, maar we moeten toch goed opletten dat we de ziekteverzekering gebruiken voor ziekte en niet voor iets anders.

11.05 Eva Platteau (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik begrijp uiteraard dat onderscheid. Er is nood aan logopedie, maar het koninklijk besluit bepaalt dat bij bepaalde veronderstelde oorzaken logopedie niet wordt terugbetaald. Meertaligheid wordt hier dus beschouwd als een oorzaak van logopedische behoefte waarvoor geen terugbetaling geldt. De logopedische behoefte is er nochtans, want anders zou een logopedist geen ondersteuning verstrekken. Wij willen uiteindelijk toch dat iedereen zich verstaanbaar kan

maken in een van onze landstalen.

Echter, afhankelijk van de oorzaak die erachter schuilt, wordt er al dan niet terugbetaald. Ik vind dat eigenaardig, dat wil ik hier aankaarten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het H5N1-vogelgriepvirus en het risico op zoönose" (55023827C)

12 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le virus de la grippe aviaire H5N1 et le risque de zoonoses" (55023827C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de covidcrisis heeft ons geleerd dat besmettingen bij dieren goed moeten worden opgevolgd, zeker op plaatsen waar er veel contact is met dieren of waar er een grote concentratie van dieren op een kleine oppervlakte is, zoals dat in België het geval is. Tot nu toe wordt het risico van zoönose ten gevolge van H5N1 als laag ingeschat, maar de jongste tijd zijn er wel alsmaar meer meldingen van besmettingen bij zoogdieren. Dat werd aangehaald door een specialist ter zake, de heer Kuiken, maar ook door het ECDC en de EFSA. De Wereldorganisatie voor diergezondheid schat het risico tegenwoordig hoger in dan tevoren.

In het Verenigd Koninkrijk werd er recent ook een besmetting vastgesteld bij de mens, vermoedelijk zonder verdere besmettingen. In China werden er de voorbije jaren wel verschillende besmettingen met een virus dat lijkt op het hier circulerende H5N1 bij mensen vastgesteld, waarbij er 25 overlijdens werden genoteerd op 58 gevallen. Dat is toch een hoog mortaliteitscijfer.

Paniek is niet nodig, maar voorzichtigheid en waakzaamheid zijn wel geboden. Welke instanties volgen de verspreiding en de ontwikkeling van het H5N1-virus bij ons op? Hoe verhoudt de RAG zich wat dat betreft tot de RAGCA? Hoe groot wordt het risico geschat, specifiek voor België en gelet op de karakteristieken van onze pluimveestapel?

Worden er momenteel in ons land inspanningen geleverd om vaccins te ontwikkelen tegen het H5N1-virus en aanverwanten? Wordt er in België onderzoek gedaan naar het voorkomen van H5N1 bij zoogdieren? In hoeverre is het vanuit Volksgezondheid raadzaam om vaccins aan te bevelen voor de pluimveesector? Ten slotte, welke andere aanbevelingen doet men eventueel vanuit Volksgezondheid aan de pluimveesector?

12.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ten eerste, de continue monitoring van de verschillende influenzastammen die circuleren bij het pluimvee en de wilde vogels, gebeurt via het controleprogramma van het FAVV, dat onder toezicht van de heer Clarinval staat. De opvolging van de haarden van hoogpathogene vogelgriep wordt eveneens door het FAVV uitgevoerd. De ontleding van de verschillende stammen gebeurt bij Sciensano, dat als wetenschappelijk instituut de risico-evaluatie kan uitvoeren. Dat instituut heeft dus een kijk op het zoönotische karakter van een stam, maar beschikt ook over vergelijkingsmateriaal uit andere lidstaten. Het beleid rond vogelgriep is een bevoegdheid van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Het werkdomein van de RAGCA is momenteel nog beperkt tot risico-evaluatie voor SARS-CoV-2 bij dieren. Dat kan in de toekomst eventueel uitgebreid worden naar andere pathogenen en zoönosen. Voor de opvolging en de ontleding van de influenzastammen die vogelgriep veroorzaken, is er bij het Nationaal Referentielaboratorium en Sciensano de nodige expertise aanwezig.

Ten tweede, momenteel zijn er enkele geïsoleerde uitbraken van hoogpathogene vogelgriep H5N1 bij onze pluimveehouderijen. Die worden meteen aangemeld, opgevolgd, geruimd en na leegstand weer vrijgegeven. Dezelfde situaties zien we in heel West-Europa op het moment. Het feit dat ze heel snel aangemeld worden en vaak geïsoleerd blijven, toont aan dat het bewakingsnetwerk zeer performant is. Maatregelen die telkens genomen worden resulteren dan ook in de verdwijning van virusaanwezigheid. In tegenstelling tot vroeger is de seizoensgebondenheid van de viruscirculatie in het wild minder uitgesproken en lijkt het erop dat wilde vogels de hoogpathogene stammen het hele jaar door kunnen verspreiden in dit deel van Europa. Die nieuwe situatie is een zeer belangrijk gegeven in de verdere aanpak van de ziekte, alsook voor de pluimveesector als geheel. De monitoring van de wilde vogels wordt zeer nauwgezet uitgevoerd, samen met de regionale overheden.

Ten derde, ik heb geen specifiek zicht op instanties of bedrijven die onderzoek doen naar vaccins tegen H5N1. Niettemin is duidelijk dat een dergelijk vaccin, indien zeer efficiënt en makkelijk toedienbaar, de situatie zou veranderen. De influenzavirussen zijn echter zeer onstabiel en de vaccins moeten vaak worden aangepast. De gebruikte commerciële vogelgriepvaccins in derde landen als Egypte of China hebben die bescherming nog niet geboden.

Op uw volgende vraag kan ik antwoorden dat er een meldingsplicht is voor dierenartsen, laboratoria en andere betrokkenen in de dierlijke sector. Die plicht bestaat erin dat alle afwijkende symptomen en sterfgevallen moeten worden gemeld aan het Federaal Agentschap voor de veiligheid van de voedselketen. Dat kan dan verdere onderzoeken instellen, afhankelijk van de risico's en de heersende kennis.

De cel contractueel wetenschappelijk onderzoek van de FOD Volksgezondheid heeft meerdere projecten lopen rond influenza bij vogels. Zo is er het EMERDIA-H5 II-project rond genotypering en een verbetering van het inzicht van de biologie van de recente hoogpathogene stammen. Het doel daarvan is tot een betere opsporing en controle te komen. Een ander project, FLUCART, zal volgend jaar worden opgestart. Daar is het objectief om een vernieuwde cartografie uit te werken van de gevoelige natuurgebieden in België en de dynamische blootstelling van pluimveehouderijen aan laag en hoog pathogene griepvirussen te bestuderen. Er ligt ook nog een onbeslist dossier op tafel waarbij het zoönotische karakter en de biologische eigenschappen van minder frequent voorkomende virussen bij dieren vergeleken zullen worden met de huidige zoönotische virussen, om zo tot een beter risico-inzicht te komen.

Het contractuele onderzoek is eveneens aangesloten bij het internationale onderzoeksconsortium ICRAD, dat een specifieke oproep deed rond projecten met een zoönotisch karakter. Een geselecteerd project waaraan de universiteit van Luik deelneemt zal onderzoek doen naar influenza D-virussen bij runderen en mensen. In België is er ook wereldvermaarde expertise rond influenza bij varkens bij de eenheid Virologie van de faculteit Diergeneeskunde aan de UGent. De middelen voor al dat onderzoek vallen onder de bevoegdheid van mijn collega, minister Clarinval.

Wat uw volgende vraag betreft: momenteel is vaccinatie tegen hoogpathogene aviaire influenza niet toegelaten. Er woedt een actieve discussie over aangepaste regelgeving op Europees niveau om dat mogelijk te maken. Daarvoor worden de risico's verder in kaart gebracht, zodat eventuele vaccinaties doelgericht kunnen gebeuren op houderijen met een hoger of specifiek risico.

Het project van het contractuele onderzoek dient hierbij als basis te dienen voor de Belgische pluimveesector. Op gezondheidswak is er voorkeur om vaccinatie te kunnen toepassen en zo nog meer in te zetten op preventie. Een belangrijke hinderpaal bij de mogelijkheid tot vaccinatie is de status van gevaccineerde dieren en de afgeleide producten binnen het handelsverkeer. Momenteel kunnen deze dieren namelijk niet verhandeld worden. Een aanpassing van het internationale en Europese regelgevende kader is hiervoor nodig. De grootste hinderpaal is het ontbreken van een dergelijk vaccin.

Ik kom dan bij uw laatste vraag. De pluimveesector heeft reeds 20 jaar ervaring met de dreiging van vogelgriep. De voornaamste boodschap van de overheid en de betrokken diensten blijft waken over een zeer degelijke bioveiligheid op de bedrijven. Dat wil zeggen dat er een gedisciplineerde aanpak nodig is op elk kritiek punt waar er mogelijk contact is met de buitenwereld, zoals ongediertebestrijding, toegang van bezoekers en derden, strenge hygiënevoorwaarden, aanvoer van diervoeder enzovoort. Jaarlijks dienen deze bedrijven dan ook een bioveiligheidsaudit uit te voeren om deze punten te bewaken en bij te sturen.

12.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor het antwoord. Ik vind het geruststellend te horen dat hier op veel vlakken en niveaus aandacht naartoe gaat. We hebben alle expertise wel in huis. Ik hoor dat er verschillende onderzoeksprojecten lopen en dat valt alleen aan te moedigen. Er zou ook op Europees niveau een discussie bezig zijn over de vraag of er toelating kan worden gegeven om een vaccin toe te passen op de pluimveesector, als er een geschikt vaccin zou komen. Het is belangrijk om daarop aan te dringen, vooral voor België met zijn hoge concentratie aan pluimvee. Ik volg het verder op, maar het is geruststellend te horen dat er al belangrijke inspanningen worden gedaan.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 55023890C, 55023896C en 55024677C van mevrouw Depoorter worden uitgesteld. Vraag nr. 55024002C van mevrouw Muylle wordt uitgesteld. Vraag nr. 55024011C van de heer

Prévot wordt uitgesteld. Vraag nr. 55024037C van mevrouw Sneppe wordt uitgesteld.

13 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le décret sur la privatisation et les hôpitaux généraux" (55024025C)

13 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het privatiseringsdecreet en de algemene ziekenhuizen" (55024025C)

13.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, eind november 2021 heb ik u geïnterpelleerd over het Vlaamse privatiseringsdecreet dat mogelijks van toepassing zou kunnen zijn op federale openbare ziekenhuizen. Het gaat over het AZ Sint-Jan in Brugge, het Ziekenhuis Oost-Limburg in Genk, het AZ Jan Palfijn in Gent en het Algemeen Stedelijk Ziekenhuis in Aalst.

Toen wachtten wij nog op het advies van de Raad van State, dat nu echter bevestigd heeft dat het ook op die ziekenhuizen van toepassing zou zijn. De publieke ziekenhuizen reageerden dan ook ongerust, bijvoorbeeld bij monde van de directeur van het AZ Sint-Jan in Brugge, die zich in de pers over de kwestie uitliet.

Het privatiseringsdecreet is gelukkig nog steeds niet goedgekeurd, onder andere door mobilisatie en het werk van de oppositie in het Vlaams Parlement. Dat is een goede zaak, want de voorbije weken zijn nog enorm schrijnende verhalen naar boven gekomen, onder andere over de groepen Orpea en de Armonea. De werkwijze in hun rusthuizen zorgt immers voor echte verwaarlozing van de ouderen alsook voor uitputting van het personeel. Het privatiseringsdecreet in Vlaanderen moet om die reden worden tegengehouden.

Ik heb het hier echter over het privatiseringsdecreet en zijn mogelijke toepassing op de openbare ziekenhuizen. U nam in 2021 niet echt een standpunt in, u wachtte toen op het advies van de Raad van State. U gaf echter wel aan dat naar uw mening de meeste ziekenhuizen een non-profituitbating hebben, wat volgens u logisch en goed was. U zag ook geen andere mogelijkheid.

In die zin is wat ik u toen ook heb gevraagd belangrijk, met name dat u de ziekenhuiswet zou laten toepassen, meer bepaald artikel 12, § 3, dat u toelaat bij besluit een rechtspersoon te bepalen die een ziekenhuis mag uitbaten.

Mijn vraag is dus heel duidelijk. Indien u geen andere mogelijkheid dan een non-profituitbating ziet, wat weerhoudt u er dan van om een besluit te nemen en de ziekenhuizen een publieke of non-profitrechtsvorm op te leggen, teneinde op die manier de mogelijke privatisering door het privatiseringsdecreet uit Vlaanderen tegen te gaan?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, de Belgische ziekenhuissector is terecht sterk gereguleerd, omdat onze ziekenhuizen een opdracht van algemeen belang uitvoeren ten dienste van de samenleving. Ieder ziekenhuis moet aan dezelfde normen en regels voldoen, wat uiteindelijk onze garantie voor een goede dienstverlening vormt. Alle ziekenhuizen in ons land kennen een non-profituitbating, zelfs al bestaat de juridische mogelijkheid om een *for-profit* ziekenhuis uit te baten.

Ik heb geen weet van ziekenhuizen met plannen om hun juridisch statuut aan te passen naar een *for-profit* uitbating. Het is dus nooit nodig gebleken om artikel 15, § 3, uit te voeren en het besluit te nemen om een bepaalde rechtsvorm op te leggen. Het lijkt mij dat er andere prioriteiten zijn om de duurzaamheid van de sector te verhogen dan de opstart van een al bij al nogal theoretische discussie over het statuut.

Ik wil eraan toevoegen dat er nog andere grendels bestaan in de ziekenhuiswet. Artikel 63 beperkt bijvoorbeeld de financiering van investeringen, inclusief die van zware medische apparatuur, tot openbare instellingen, verenigingen zonder winstoogmerk of universiteiten. Artikel 15 stelt dat ziekenhuizen uitgebaat moeten worden door een rechtspersoon die uitsluitend de uitbating van één of meerdere ziekenhuizen, gezondheidsvoorzieningen of medisch-sociale inrichtingen als statutair doel nastreeft.

13.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u zegt dat er andere prioriteiten zijn dan een theoretische discussie, maar de privatisering van de gezondheidssector vind ik absoluut geen theoretische discussie. Een privatisering staat natuurlijk vooral aan de agenda in het kader van de woon-zorgcentra, waar de gevolgen van de privatisering van de sector in de jongste weken uit dramatische verhalen naar voren komen. Afgaand op de reacties van de personeelsleden en de directies van de betrokken ziekenhuizen, blijkt dat de discussie ook voor hen niet theoretisch is. Ik meen dat het als minister van Volksgezondheid en als

socialist tot uw taken behoort om die privatisering te verhinderen. Dat kan onder andere door dat koninklijk besluit uit te vaardigen, zodanig dat er rechtszekerheid is.

De houding van Vooruit in dit dossier is alleszins niet echt duidelijk. Vooruit maakt deel uit van het Antwerps stadsbestuur, dat pleit voor een privatisering. In het Vlaams Parlement pleit Vooruit tegen. U vindt het blijkbaar een puur theoretische discussie.

13.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: De discussie is theoretisch als ze de ziekenhuizen betreft.

13.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Ik heb de directeur van het AZ Sint-Jan in Brugge gehoord en leid daaruit af dat het voor hem geen theoretische discussie is.

De PVDA zal er dus voor zorgen dat dit niet gebeurt. In Vlaanderen voeren wij natuurlijk oppositie tegen die mogelijke privatisering, maar ook wat de ziekenhuizen betreft vinden wij het belangrijk dat die er zeker niet komt. U kunt daar mee voor zorgen, mijnheer de minister.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 55024048C en 55024075C van mevrouw Sneppe worden uitgesteld.

14 **Samengevoegde vragen van**

- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Endometriose" (55024091C)
- **Florence Reuter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Franse nationale actieplan tegen endometriose" (55024151C)
- **Nathalie Muylle** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Endometriose" (55024735C)
- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Endometriose" (55024966C)
- **Sophie Thémont** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van endometriose" (55025302C)

14 **Questions jointes de**

- **Sophie Rohonyi** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'endométriose" (55024091C)
- **Florence Reuter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le plan national français de lutte contre l'endométriose" (55024151C)
- **Nathalie Muylle** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'endométriose" (55024735C)
- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'endométriose" (55024966C)
- **Sophie Thémont** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge de l'endométriose" (55025302C)

14.01 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, l'endométriose est une maladie gynécologique qui touche à peu près une femme sur dix. Malgré cela, elle a été ignorée pendant trop longtemps, tant par les autorités que par les personnes qui en souffrent, puisque de nombreuses femmes ne connaissent pas la réelle cause des douleurs qu'elles peuvent éprouver pendant leurs règles mais aussi un peu avant et un peu après.

Cette maladie se caractérise par la formation de tissus semblables à la muqueuse utérine en dehors de l'utérus et qui peuvent ainsi être responsables de douleurs pelviennes si importantes qu'elles peuvent parfois empêcher ces femmes et ces filles d'aller travailler, d'étudier ou tout simplement d'avoir une vie sociale ou sexuelle normale.

Je me suis donc réjouie de voir qu'en France, les lignes bougent, puisque l'Assemblée nationale française a voté une résolution visant à reconnaître l'endométriose comme affection de longue durée et ouvrant la voie au remboursement des soins ainsi qu'à des congés de maladie pour les femmes souffrant d'endométriose, soit 10 % des Françaises.

Par ailleurs, le président Macron a annoncé le lancement d'une stratégie nationale de lutte contre l'endométriose qui prévoit notamment une prise en charge globale sur tout le territoire, le renforcement de la formation des professionnels des soins de santé, plus de moyens pour la recherche autour de cette maladie, la création de centres de recours et d'expertise mais aussi une sensibilisation des différents publics à l'endométriose, que ce soit l'école, l'université, les employeurs ou les soignants.

De son côté, très récemment, le Parlement bruxellois a adopté une proposition de résolution qui demande à la COCOF de mettre en œuvre une série d'actions très concrètes.

Monsieur le ministre, qu'est-il prévu en Belgique en ce qui concerne la sensibilisation des différents publics mais aussi la formation des médecins et soignants à l'endométriose? Combien de centres spécifiques ou de "cliniques de l'endométriose" notre pays compte-t-il? Comment sont-ils répartis de manière géographique? Sont-ils suffisamment connus des patientes?

Quelle est votre opinion sur les mesures financières dégagées en France pour œuvrer au remboursement des soins relatifs à l'endométriose mais également à l'instauration de congés de maladie? Comment les recherches relatives à cette maladie sont-elles aujourd'hui financées en Belgique? Envisagez-vous la création d'un groupe de travail rassemblant des experts autour de cette question, en vue de l'élaboration de nouvelles mesures pour soutenir au mieux les femmes qui sont atteintes de cette maladie?

14.02 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag.

Endometrioze is een ziekte waarbij cellen van het baarmoederslijmvlies gaan woekeren in de buikholte en gaat gepaard met heel veel pijn. Het is een aandoening die dikwijls onder de radar blijft, maar wel kan leiden tot verminderde vruchtbaarheid. Je kan het onder controle houden met medicatie, maar in bepaalde gevallen is een operatie noodzakelijk.

Over de ziekte is weinig bekend in België en heerst er vaak een taboesfeer. Hoewel naar schatting een op de tien vrouwen in de vruchtbare levensfase te maken krijgt met endometrioze, is de ziekte bij weinig mensen bekend. De klachten worden dikwijls niet herkend door gynaecologen als endometrioze, maar als "gewone" menstruatiepijn, en vrouwen worden niet meteen juist behandeld.

In oktober stelde ik reeds enkele vragen over dit onderwerp. Graag had ik vernomen:

Welke concrete acties zal u ondernemen bij artsen en vrouwen zodat de ziekte beter bekend wordt en sneller wordt gedetecteerd?

Hoe zal de expertise worden vergroot?

Hoeveel ingrepen worden er elk jaar gedaan voor deze ziekte?

Zal u initiatief nemen om in België een systematische registratie van patiënten vast te leggen?

Voor het beter bekendmaken van de ziekte op populatieniveau moet u beroep doen op de deelstaten, die bevoegd zijn voor sensibilisering en gezondheidseducatie. Hebt u/plant u een overleg met de deelstaten?

14.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, comme cela a été dit, l'endométriose est une affection qui touche environ 10 % de la population féminine. Elle est bien connue du monde médical, mais vu la complexité et l'hétérogénéité de la maladie, les connaissances des médecins généralistes et cliniciens sont parfois insuffisantes pour gérer au mieux la situation.

Comme c'est le cas pour toutes les conditions complexes, une référence en temps opportun à des collègues spécialisés dans cette condition est très importante. Le diagnostic de la maladie demeure difficile et est bien souvent tardif car elle revêt des aspects très hétérogènes. L'endométriose est une maladie hétérogène tant dans sa présentation que dans son intensité. Elle peut fortement influencer la qualité de vie non seulement en matière de symptômes douloureux, mais aussi de fertilité et des conséquences psychologiques liées. Je confirme l'importance de cette condition et la souffrance qu'elle peut causer aux patientes.

Il est important de sensibiliser et d'encourager les femmes à consulter leur médecin généraliste ou leur gynécologue si elles présentent des symptômes évocateurs d'endométriose pour qu'un diagnostic soit posé le plus rapidement possible et que le traitement le plus approprié soit mis en place à temps.

Les médecins généralistes et les gynécologues jouent un rôle important dans la détection précoce de cette maladie. L'on peut se référer aux lignes directrices de l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) qui ont été adaptées au contexte belge et publiées en 2019 sur [ebpracticenet](https://www.ebpracticenet.be), la plateforme pour la pratique fondée sur les preuves pour les prestataires de soins de santé belges.

Pour mieux faire connaître la maladie à la population, je dois faire appel aux entités fédérées responsables de la sensibilisation et de l'éducation sanitaire. Dans la note de politique générale, j'ai indiqué que le gouvernement prendra de nouveaux engagements en faveur des soins intégrés et s'appuiera sur le plan fédéral pour les maladies chroniques pour établir un plan interfédéral ambitieux. L'objectif est l'élaboration d'un plan interfédéral, en collaboration avec les entités fédérées au cours de cette législature. Il s'appuiera entre autres sur le plan fédéral en place pour les maladies chroniques et conduira à une meilleure intégration des soins. Le cœur de ce plan conservera les objectifs initiaux qui sont, notamment, la modification de l'organisation des soins, l'amélioration du travail multidisciplinaire ou l'inclusion du patient comme partenaire de soins.

Comme vous le mentionnez, le futur plan ne concernera pas une ou des pathologies spécifiques, mais notre politique plaide pour une approche transversale permettant une meilleure prise en charge globale des patients (ou des citoyens). De ce fait, les personnes atteintes d'endométriose pourront bénéficier des changements de pratiques qui sont en cours et que les prestataires de soins acquerront progressivement.

Les concertations avec les entités fédérées au sujet de ce plan interfédéral commenceront au cours du premier semestre 2022 dans le cadre de la Conférence interministérielle de la Santé.

De Franse strategie inzake endometriose en de strategie van het toekomstige interfederaal plan voor geïntegreerde zorg vertonen veel gelijkenissen. Beide hebben tot doel, ten eerste, voldoende informatie aan de patiënten te verschaffen over hun chronische ziekte en over de gezondheidsactoren in die omgeving; ten tweede, bijzondere aandacht te besteden aan een goede opleiding van gezondheidswerkers en aan multidisciplinariteit; ten derde, de toegankelijkheid tot de zorg voor iedereen te verzekeren; en ten vierde, de nadruk te leggen op een aanpak waarbij de patiënt centraal staat.

Inzake de endometrioseklinieken kan ik u meegeven dat er in België geen plannen zijn om specifieke klinieken per pathologie officieel te erkennen. De strategie van de ontwikkeling in de zorg, met name voor chronische aandoeningen, gaat namelijk niet in de richting van gespecialiseerde klinieken voor allerlei aandoeningen, maar pleit veeleer voor multidisciplinaire benaderingen, waarbij rekening wordt gehouden met de patiënt in zijn geheel.

Dat neemt uiteraard niet weg dat het RIZIV in bepaalde gevallen overeenkomsten kan sluiten met centra die over specifieke deskundigheid beschikken in de behandeling van complexe stoornissen. Die mogelijkheid zal zeker worden onderzocht voor endometriose.

Verschillende ziekenhuizen met een grote dienst gynaecologie beschikken wel reeds over specifieke teams die gespecialiseerd zijn in de zorg voor vrouwen met endometriose. Die teams omvatten doorgaans behalve gynaecologen en specialisten uit andere disciplines, zoals radiologie, chirurgie, urologie of heelkunde, ook seksuologen en psychologen.

Inzake de erkenning van endometriose als chronische ziekte wijs ik erop dat de ziekte is opgenomen in de International Classification of Diseases (ICD) van de WHO. De diagnose wordt in de medische wereld als ziekte erkend.

Op nationaal niveau bestaat geen regelgeving voor de erkenning van specifieke ziekten. De criteria voor verschillende tegemoetkomingen of voordelen, zoals de verhoogde tegemoetkoming in het kader van een ziekteverzekering of de erkenning van een handicap voor de inkomensvervangende tegemoetkoming of het leefloon, zijn niet gebaseerd op een lijst van in aanmerking komende ziekten maar op een individuele beoordeling van de mate waarin de patiënt moeilijkheden ondervindt om zelfstandig te leven.

Het recht op het forfait voor chronisch zieken en het statuut van personen met een chronische aandoening –

deux RIZIV-maatregelen die de toegang tot de zorg voor chronisch zieken verbeteren – wordt toegekend op basis van de kosten van geneeskundige prestaties voor de persoon in het voorbije jaar en op basis van zijn afhankelijkheidssituatie. Er bestaat in België dus geen specifiek kader voor de officiële erkenning van endometriose als chronique aandoening. Dat sluit echter niet uit dat mensen die aan de aandoening lijden in aanmerking kunnen komen voor een specifieke tegemoetkoming van het RIZIV voor chronisch zieken.

De tussenkomst van de ziekteverzekering is in België gebaseerd op medische handelingen, niet op aandoeningen. Nu reeds komen diagnostische handelingen zoals beeldvorming of biopsie of chirurgische handeling in aanmerking voor een tussenkomst van de ziekteverzekering. Hetzelfde geldt voor geneesmiddelen die worden voorgeschreven aan patiënten met endometriose.

Wat betreft uw vraag over de speekseltest van de firma Ziwig, het RIZIV werd nog niet gecontacteerd in verband met deze nieuwe test. Er werd nog geen aanvraag voor terugbetaling ingediend, noch voor deze specifieke test, noch voor andere tests.

De nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen bevat geen specifieke verstrekkingen die uitsluitend voor endometriose worden gebruikt. Bijgevolg is het niet mogelijk het aantal chirurgische behandelingen specifiek voor endometriose te bepalen. De nomenclatuur is niet voldoende gedifferentieerd om specifiek te zijn voor één bepaalde aandoening. Dat is niet de bedoeling. Het is immers geen epidemiologisch instrument.

Quant aux congés de maladie, ils sont justifiés par des attestations d'incapacité de travail délivrées par les médecins. Il appartient au médecin d'apprécier, en concertation avec la patiente, si son état lui permet ou non de travailler. Certaines personnes atteintes d'endométriose sont totalement asymptomatiques et, dans ce cas, la pathologie ne justifie pas un arrêt de travail. Pour d'autres, l'intensité des douleurs et autres symptômes peuvent motiver le médecin à délivrer une attestation d'incapacité de travail. La nature de la fonction professionnelle de la patiente interviendra également dans la décision du médecin.

De nombreuses études ont déjà été menées ou sont en cours concernant l'endométriose tant sur le plan des méthodes de diagnostic que sur le plan des traitements possibles, mais aussi sur son origine et ses causes génétiques notamment. Dans ce domaine, comme pour la plupart des maladies, les études et recherches dépassent les frontières nationales et sont menées aussi bien par des équipes universitaires que dans les laboratoires de recherche privés, y compris ceux de l'industrie pharmaceutique. Il n'y a donc pas de plan spécifique d'investissements publics dans la recherche sur l'endométriose en Belgique mais les résultats d'études menées en Belgique ou ailleurs dans le monde sont diffusés au sein du monde de la recherche, auprès des autres équipes de recherches et des professionnels de soins concernés.

De même, les associations scientifiques de médecins qui sont impliquées dans les processus de diagnostic et de traitement de cette affection se partagent les informations disponibles relatives aux nouveaux résultats des recherches. Leur rôle est d'en informer les acteurs de terrain voire d'émettre de nouvelles recommandations en matière de prise en charge de la maladie.

Actuellement, il n'est pas dans mon intention de mettre en place un groupe de travail spécifique en charge de l'endométriose car, je le répète, ma politique ne s'adressera pas à une ou des pathologies spécifiques. Je plaide par contre pour une approche transversale permettant une meilleure prise en charge globale des patients atteints d'une maladie chronique avec toutefois une attention particulière pour un renvoi, en temps opportun, des cas les plus complexes, et une concentration de l'expertise spécifique.

14.04 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses qui témoignent de votre intérêt pour cette maladie.

J'entends votre volonté d'élaborer un plan interfédéral sur les maladies chroniques qui ne se cantonnerait pas à des maladies spécifiques mais qui viserait une approche transversale. Je peux le comprendre mais, ce faisant, n'y a-t-il pas une contradiction avec le fait que vous disiez qu'il convenait de reconnaître l'endométriose comme une maladie spécifique? Si on veut reconnaître la spécificité de l'endométriose, il faut adopter un plan avec des actes concrets au niveau légal et au niveau du terrain. Je m'interroge sur le timing.

Je souhaite revenir sur deux choses que vous avez dites. Premièrement, s'agissant de la recherche, chacun reconnaît l'utilité de la développer. Or vous dites que les études menées à l'étranger sont suffisantes. Considérez-vous réellement que le travail réalisé à l'étranger soit suffisant?

Deuxièmement, vous avez insisté sur la sensibilisation, la formation du personnel soignant et le fait de favoriser l'accès au diagnostic et aux soins. Selon vous, il faut encourager les femmes et les filles à consulter les médecins généralistes et les gynécologues lorsqu'elles éprouvent des symptômes. Mais pour ce faire, elles doivent connaître la maladie et ses symptômes. Il convient donc d'axer le travail sur l'information. On sait aussi que certaines femmes sont asymptomatiques. Il faut que les médecins soient suffisamment informés. Or vous nous dites dans le même temps que si cette affection est connue des médecins, leur connaissance est encore relativement limitée.

Je vous invite à travailler à un vrai plan spécifique à l'endométriose avec vos homologues des entités fédérées parce que la prévention est une de leurs compétences et que cette maladie recoupe de nombreuses problématiques au niveau de l'école, de l'emploi, de la prise en charge des soins de santé et des mutuelles. Cela implique de travailler avec l'ensemble de vos collègues en charge de l'enseignement, de l'égalité des chances, de l'emploi et de la jeunesse, en tenant compte du fait que cette maladie touche surtout les femmes en âge de procréer jusqu'à 35 ans.

14.05 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, u neemt de problematiek ernstig. Dat is terecht, want 10 % van de vrouwen wordt erdoor getroffen, dat is niet niets. Er is over de ziekte ook heel weinig bekend in België. Er heerst daarover een beetje een taboesfeer. De klachten worden vaak ook niet herkend door gynaecologen als endometriose, maar wel als menstruatiepijn. Daardoor worden vrouwen vaak niet meteen juist behandeld.

Het beter bekendmaken van de ziekte bij de brede bevolking is dan ook uitermate belangrijk. De deelstaten moeten daarin inderdaad ook hun verantwoordelijkheid opnemen, zoals u terecht aanhaalt. Ook systematische registratie is noodzakelijk, zodat wij ook een correct beeld van de problematiek krijgen. Tevens zal een transversale aanpak nodig zijn.

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

15 Question de Sophie Rohonyi à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le don de sang des hommes homosexuels" (55024092C)

15 Vraag van Sophie Rohonyi aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Bloeddonatie door homoseksuelen" (55024092C)

15.01 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, monsieur le ministre, je suis très heureuse de vous poser cette question car je l'ai introduite voici un bon bout de temps, peu après que l'Assemblée nationale française a légiféré sur la question du don de sang: en France, les hommes homosexuels pourront enfin donner leur sang sans devoir observer une période d'abstinence sexuelle, période qui ne s'imposait jusqu'ici qu'à eux et qui était donc discriminatoire. Cette condition est en effet discriminante et stigmatisante pour un acte pourtant des plus altruiste et essentiel à notre système de soins de santé, en particulier à l'heure où l'on manque cruellement de sang, comme rappelé par la Croix-Rouge juste avant les vacances de Noël mais aussi durant ce mois.

Interrogé à ce sujet en séance plénière, le 13 janvier dernier, vous vous êtes montré assez favorable à l'établissement de critères d'exclusion basés sur les comportements à risque plutôt que sur l'orientation sexuelle, comme c'est malheureusement encore le cas aujourd'hui. De son côté, la secrétaire d'État à l'Égalité des chances, Sarah Schlitz, avait annoncé, dans le cadre des discussions relatives à sa note de politique générale, qu'il conviendrait de réduire la période d'abstention à son strict minimum et non pas de la supprimer. Vous avez également annoncé avoir lancé deux analyses de faisabilité en 2021 qui sont toujours en cours au SPF Santé et à l'Agence fédérale des médicaments.

Ainsi, monsieur le ministre, pourriez-vous préciser la volonté du gouvernement? Est-elle de supprimer la condition d'abstinence purement et simplement, comme le suggère la proposition de loi déposée par DéFI, ou de réduire "à son strict minimum" cette durée? À quoi correspondrait alors cette durée? Plaidez-vous pour une période de quatre mois, comme c'est par exemple le cas dans la proposition de loi déposée par mes collègues socialistes? Quel est l'état d'avancement des deux études de faisabilité que vous avez évoquées? Quand les résultats de ces études sont-ils attendus? Qui est chargé de ces études au sein du SPF Santé et de l'Agence fédérale des médicaments? Quelles sont les questions précises qui sont étudiées dans le cadre de ces deux études et qui seront donc tranchées à leur issue? Enfin, ne considérez-vous pas

que l'attente de ces études ne fait finalement qu'aggraver la pénurie de sang que notre pays connaît en février, en particulier dans ce contexte de crise sanitaire.

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Rohonyi, en 2021, j'ai réclamé à mes administrations compétentes – l'AFMPS et le SPF Santé publique – une analyse supplémentaire d'études et de données collectées dans d'autres pays européens et non européens, relatives aux comportements sexuels à risque et au don de sang. Le but était de mieux connaître et comprendre la situation dans ces autres pays et de pouvoir établir une comparaison. Toutes les institutions impliquées dans l'exercice d'évaluation annuelle ont contribué à sa consolidation. Cet examen supplémentaire a bien démontré qu'à l'échelle internationale, la tendance était à la réduction du délai d'attente, et ce, plutôt vers trois ou quatre mois.

Quant au fond de la discussion, il importe de souligner que les critères d'exclusion sont liés au comportement sexuel, et évidemment pas à l'orientation sexuelle de quelqu'un. Par exemple, les périodes d'exclusion sont les mêmes pour les personnes qui ont entretenu un contact sexuel tarifé, qui ont eu des partenaires multiples ou qui ont entretenu des rapports sexuels de groupe. Celles qui ont un nouveau partenaire sexuel depuis peu sont également exclues pendant quatre mois.

Un autre aspect doit être souligné, car il me semble essentiel. Ces règles visent un objectif primordial: garantir la sécurité de celui qui a besoin de sang. C'est la perspective qui doit toujours prévaloir. Voilà aussi pourquoi il faut faire preuve d'une certaine prudence. Il n'empêche que les connaissances et les techniques évoluent constamment. Nous le constatons aussi dans des pays voisins. Il serait tout à fait concevable que les critères d'exclusion tels que nous les connaissons aujourd'hui soient adaptés à un certain moment. Les avis scientifiques en la matière, en premier lieu ceux du Conseil supérieur de la Santé, sont évidemment essentiels, de même que le dialogue avec les établissements de transfusion sanguine qui doivent les appliquer.

J'ai pris connaissance de la proposition de loi à ce sujet qui a été déposée par vos collègues M. Rigot et Mme Vanpeborgh. Je souhaite que la discussion ait lieu de manière ouverte et sans préjugés. Dès lors, je suggère que cette commission examine les propositions de loi, tout en consultant les acteurs concernés, y compris les établissements de soins.

15.03 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'entends que vous êtes impatient d'entamer les travaux dans cette commission par rapport à nos deux propositions de loi. C'est un enthousiasme que je partage bien évidemment.

D'un côté, vous dites que vous souhaitez suivre le chemin de ce qui se fait majoritairement au sein de l'UE – une réduction vers les trois ou quatre mois. D'un autre côté, je pense qu'il y a d'autres exemples, comme celui de la France, qui peuvent nous montrer et qui nous montrent d'ailleurs aujourd'hui que l'on peut très bien supprimer une condition qui reste discriminante et, en même temps, assurer la qualité du sang. En effet, le sang est toujours analysé avant la transfusion.

D'ailleurs, vous dites qu'aujourd'hui, les critères d'exclusion en Belgique sont liés au comportement sexuel et non pas à l'orientation sexuelle. C'est faux! Lorsque vous remplissez le formulaire de don du sang, si vous êtes homosexuel, on ne vous pose même pas la question de savoir si vous avez des comportements sexuels à risque ou pas. On vous la pose si vous êtes hétérosexuel. Autrement dit, c'est votre parole qui fait foi lorsque vous êtes hétérosexuel, mais pas lorsque vous êtes homosexuel. De fait, on reconnaît qu'un donneur peut être responsable. À partir du moment où on donne son sang, c'est que l'on est responsable et qu'on n'a pas eu des comportements déviants ou autres, mais on ne reconnaît pas cette qualité et cette responsabilité aux personnes homosexuelles. Je pense qu'il y a un gros problème par rapport à cela.

Aujourd'hui, nous avons une multitude d'avis écrits qui doivent nous permettre de mettre fin à ce critère qui, comme je l'ai dit, est discriminant et stigmatisant. Il ne nous permet pas de garantir la qualité du sang donné, ce qui constitue finalement notre priorité à tous.

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

Le **président**: Chers collègues, Mme Katrien Jadin a transformé ses questions n° 55024165, n° 55025088 et n° 55025209 en questions écrites.

Pour celles et ceux encore présents – je le rappellerai la prochaine fois –, j'aimerais dire qu'étant donné qu'on allait très vite, j'ai été tolérant pour l'un et l'autre. Mais j'aimerais juste rappeler qu'en principe, selon le Règlement, si vous n'êtes pas présent au moment où votre question est à l'ordre du jour, cette question devient sans objet. De plus, quand il y a des questions jointes, soit vous devez vous mettre d'accord pour les reporter, soit ces questions sont aussi sans objet si l'une des personnes est présente pour poser la sienne et que les autres membres sont absents. Cela a naturellement été appliqué.

On peut bien sûr demander le report de sa question mais on ne peut le faire qu'une fois. Dès lors, toutes celles qui ont été reportées aujourd'hui devront obligatoirement être posées la fois prochaine ou transformées en questions écrites. Elles ne peuvent être reportées éternellement. Je dis cela parce que nous avons beaucoup de questions. Tout est allé très vite aujourd'hui. On a toujours été compréhensif mais, désormais, je vais être un peu plus strict à ce niveau-là.

Je vous remercie toutes et tous ainsi que M. le ministre d'avoir été présents.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 06.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.06 uur.