

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

24 september 2026

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende het opstellen
van een interfederaal cardiovasculair plan**

(ingediend door mevrouw Irina De Knop)

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

24 septembre 2026

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

**relative à l'élaboration
d'un plan cardiovasculaire interfédéral**

(déposée par Mme Irina De Knop)

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

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

TOELICHTING

DAMES EN HEREN,

Het *EU Safe Hearts Plan* is het eerste geïntegreerde cardiovasculaire gezondheidsplan van de Europese Commissie. Dit plan moet het aantal hart- en vaatziekten, de belangrijkste doodsoorzaak in Europa, aanzienlijk verminderen en de verschillen tussen de lidstaten verkleinen. De centrale doelstelling van het *EU Safe Hearts Plan* is dat de lidstaten, in lijn met de doelstellingen van de Wereldgezondheidsorganisatie, maatregelen nemen om te komen tot een vermindering van de vroegtijdige cardiovasculaire sterfte met 30 % tegen 2030 in vergelijking met 2020.

De Commissie stelt immers vast dat cardiovasculaire aandoeningen een belangrijk aandeel hebben in het aantal overlijdens, ongeveer 1,7 miljoen overlijdens per jaar in de Europese Unie. Ongeveer 62 miljoen Europeanen leven met een cardiovasculaire aandoening, met naast ernstig lijden voor de patiënt een jaarlijkse economische kostprijs van meer dan 282 miljard euro.

Bijna 80 % van de cardiovasculaire aandoeningen is potentieel vermijdbaar door een gezondere levensstijl en een betere risicocontrole, wat betekent dat het beleid een wezenlijk verschil kan maken aangaande niet alleen het terugdringen van de mortaliteit, maar ook het aantal jaren dat men kan leven in een goede gezondheid. Rekening houdend met de vergrijzing die op ons afkomt en de budgettaire houdbaarheid van onze gezondheidszorg, is het vermijden van ziekten bovendien essentieel.

Het *Safe Hearts Plan* verplicht de lidstaten niet om identieke maatregelen in te voeren, maar moedigt hen aan om nationale cardiovasculaire gezondheidsplannen uit te werken of de bestaande plannen verder te versterken met als richtjaar 2027. Indien we de bovenstaande doelstelling serieus nemen, zou dit voor België moeten uitmonden in een interfederaal cardiovasculair actieplan, waarbij de federale overheid (terugbetaling, behandeling, zorgprogramma's en overeenkomsten) en de gemeenschappen (preventie, gezondheidsbevordering, screening en kwaliteitsindicatoren) gezamenlijk optreden.

Het federale regeerakkoord 2025-2029 heeft een dergelijk plan effectief aangekondigd, wat meer dan nodig

DÉVELOPPEMENTS

MESDAMES, MESSIEURS,

Le plan pour un cœur en bonne santé (plan *Safe Hearts*) de l'Union européenne constitue le premier plan intégré de la Commission européenne pour la santé cardiovasculaire. Ce plan vise à diminuer significativement le nombre de maladies cardiovasculaires, principale cause de décès en Europe, et à réduire les disparités entre les États membres. L'objectif central du plan est d'inciter les États membres, conformément aux objectifs fixés par l'Organisation mondiale de la Santé, à prendre des mesures visant à réduire la mortalité cardiovasculaire prématurée à l'horizon 2030 de 30 % par rapport à 2020.

La Commission constate en effet que les maladies cardiovasculaires représentent une part importante de la mortalité dans l'Union européenne, avec environ 1,7 million de décès par an. Les maladies cardiovasculaires concernent approximativement 62 millions d'Européens. Non seulement cette situation entraîne de graves souffrances pour les patients, mais elle représente aussi un coût économique annuel de plus de 282 milliards d'euros.

Près de 80 % des maladies cardiovasculaires pourraient être évitées grâce à un mode de vie plus sain et à une meilleure maîtrise des facteurs de risque. En d'autres termes, les politiques menées peuvent contribuer de manière significative non seulement à réduire la mortalité, mais également à augmenter le nombre d'années de vie en bonne santé. Compte tenu du vieillissement attendu de la population et de la nécessité de garantir la soutenabilité budgétaire de notre système de soins de santé, la prévention des maladies apparaît en outre essentielle.

Le plan pour un cœur en bonne santé n'impose pas aux États membres de mettre en place des mesures identiques, mais encourage ceux-ci à élaborer des plans nationaux pour la santé cardiovasculaire ou à renforcer les plans existants à l'horizon 2027. Si l'objectif susmentionné est pris au sérieux, il devrait se traduire, pour la Belgique, par l'élaboration d'un plan d'action cardiovasculaire interfédéral associant l'autorité fédérale, compétente en matière de remboursement, de traitement, de programmes de soins et de conventions, et les Communautés, compétentes en matière de prévention, de promotion de la santé, de dépistage et d'indicateurs de qualité.

L'accord de gouvernement fédéral 2025-2029 a effectivement annoncé l'élaboration d'un tel plan, qui est

was. Cardiovasculaire aandoeningen zijn, samen met kanker, een van de belangrijkste doodsoorzaken en bij vrouwen zelfs de eerste. Deze ziekten leiden in ons land jaarlijks tot meer dan 300.000 ziekenhuisopnames, wat bijna 10 % uitmaakt van het aantal ziekenhuisopnames. Daarenboven zijn deze hart- en vaatziekten jaarlijks verantwoordelijk voor 30.000 overlijdens, wat bijna een kwart van alle sterfgevallen uitmaakt.

Ongeveer 10 % van de sterfgevallen door hart- en vaatziekten in België vindt plaats voor de leeftijd van 50 jaar en 23 % voor de leeftijd van 75 jaar. In 2019 lag het naar leeftijd gestandaardiseerde sterftcijfer voor vroegtijdig overlijden in België, zowel voor mannen als vrouwen, hoger dan het gemiddelde van de EU-15, met name de twaalfde plaats voor mannen en de tiende plaats voor vrouwen. Als we de WHO-doelstelling van een daling met 30 % van de vroegtijdige sterftes door hart- en vaatziekten tegen 2030 effectief willen halen, is wachten geen optie meer.

Het *Europese Safe Hearts Plan* steunt op drie inhoudelijke pijlers: preventie, vroegtijdige opsporing en behandeling en revalidatie.

Preventie gaat over een gezonde levensstijl: het terugdringen van roken, het stimuleren van gezonde voeding, het aanpakken van obesitas en diabetes, het bevorderen van lichaamsbeweging en de burgers via digitale preventieprogramma's meer regie geven over hun cardiovasculaire gezondheid.

Sinds de eerste maatregelen die als doelstelling hadden roken terug te dringen, is het aandeel rokers in de bevolking tussen 2004 en 2023-24 met 10 procentpunten gedaald, van 27,8 % naar 17,6 %. De meest recente Eurobarometer (2024) toont dat 24 % van de EU-bevolking tabak rookt, wat betekent dat België het beter doet dan het Europees gemiddelde. Toch blijft de maatschappelijke kostprijs hoog.

De gemiddelde Belg haalt ongeveer één derde van zijn dagelijkse energie-inname uit ultrabewerkte voedingsproducten. De consumptie van ultrabewerkte voeding is bovendien het hoogst bij kinderen.

Wat obesitas betreft, kunnen we anno 2026 spreken van een ware epidemie. Bijna de helft van de volwassen bevolking (49,7 %) heeft overgewicht en 17 % leeft met obesitas. Overgewicht komt vaker voor bij mannen (53,1 %) dan bij vrouwen (46,4 %), terwijl de prevalentie van obesitas bij vrouwen de laatste 25 jaar aanzienlijk is gestegen. De vooruitzichten voor 2030, het jaar waarop het cardiovasculaire plan zich zou moeten richten, zijn zorgwekkend: de prevalentie van obesitas zou kunnen

plus que nécessaire. Les maladies cardiovasculaires constituent, avec le cancer, l'une des principales causes de mortalité. Il s'agit même de la première cause de mortalité chez les femmes. Ces maladies entraînent chaque année plus de 300.000 hospitalisations dans notre pays, ce qui représente près de 10 % du nombre d'admissions. Chaque année, 30.000 décès sont en outre imputables à ces maladies cardiovasculaires, soit près d'un quart de l'ensemble des décès.

Environ 10 % des décès dus à des maladies cardiovasculaires en Belgique surviennent avant l'âge de 50 ans et 23 %, avant l'âge de 75 ans. En 2019, le taux de mortalité précoce standardisé par âge en Belgique était supérieur à la moyenne de l'UE-15, tant chez les hommes que chez les femmes. Notre pays occupait en effet la douzième place pour les hommes et la dixième place pour les femmes. Si nous voulons atteindre l'objectif de l'OMS visant à réduire de 30 % les décès prématurés dus aux maladies cardiovasculaires d'ici 2030, il n'est plus permis d'attendre.

Le plan de l'UE pour la santé cardiovasculaire s'appuie sur trois piliers fondamentaux, à savoir la prévention, le dépistage précoce et le volet traitement et revalidation.

La prévention consiste en un mode de vie sain: réduction du tabagisme, stimulation d'une alimentation saine, lutte contre l'obésité et le diabète, promotion de l'activité physique et mise en place de programmes de prévention numériques offrant aux citoyens davantage de contrôle sur leur santé cardiovasculaire.

Depuis la mise en place des premières mesures visant à réduire le tabagisme, la proportion de fumeurs dans la population a baissé de 10 points de pourcentage entre 2004 et 2023-2024, passant de 27,8 % à 17,6 %. Le dernier Eurobaromètre (2024) montre que 24 % de la population de l'UE fume, ce qui signifie que les résultats de la Belgique sont meilleurs que la moyenne européenne. Le coût pour la société reste pourtant élevé.

Les produits alimentaires ultra-transformés représentent environ un tiers de l'apport énergétique quotidien du Belge moyen. Ce sont en outre les enfants qui consomment le plus d'aliments ultra-transformés.

En ce qui concerne l'obésité, force est de constater qu'en cette année 2026, nous nous trouvons face à une véritable épidémie. Près de la moitié de la population adulte (49,7 %) est en surpoids, 17 % souffrant d'obésité. Le surpoids est plus fréquent chez les hommes (53,1 %) que chez les femmes (46,4 %), tandis que la prévalence de l'obésité chez les femmes a considérablement augmenté au cours des 25 dernières années. Les perspectives pour l'année 2030, qui devrait être la

stijgen tot 27,6 % bij mannen en 17,2 % bij vrouwen. Ook bij kinderen en jongeren is de problematiek aanzienlijk, met 19 % die kampt met overgewicht en 4,8 % met obesitas. Deze evolutie dreigt de toekomstige last van cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en andere chronische ziekten verder te verhogen.

Diabetes treft naar schatting 1 op de 10 Belgen. De prevalentie neemt jaar na jaar toe als gevolg van de vergrijzing, obesitas en leefstijlfactoren. Sinds 2000 is het aantal volwassenen met diabetes meer dan verdubbeld. Zonder bijkomende preventieve maatregelen zal diabetes een steeds grotere bijdrage leveren aan de toekomstige last van cardiovasculaire aandoeningen.

Volgens de WHO bedroeg de totale alcoholconsumptie in België 10,8 liter pure alcohol per persoon (15+) per jaar in 2019. Dat ligt iets onder het EU-15-gemiddelde van 11,1 liter. Ondanks een geleidelijke daling blijft alcoholgebruik een belangrijke beïnvloedbare risicofactor voor cardiovasculaire aandoeningen in België.

De Commissie stelt ook vast dat cardiovasculaire aandoeningen vaak te laat worden ontdekt. Daarom wil ze een Europees protocol voor cardiovasculaire gezondheidscontroles ontwikkelen, de lidstaten ondersteunen bij de systematische screening van risicopersonen, uniforme aanbevelingen opstellen voor vroegdetectie en preventieve gezondheidschecks integreren in de eerstelijnszorg.

Op het vlak van de behandeling en de revalidatie wil de Europese Commissie dat werk wordt gemaakt van een gepersonaliseerde behandeling, een betere opvolging van chronische patiënten, een geïntegreerde revalidatie na een hartinfarct of beroerte en een betere samenwerking tussen de eerste lijn, de ziekenhuizen en de gespecialiseerde centra.

De drie horizontale pijlers bestaan uit digitalisering, onderzoek en innovatie en de vermindering van de gezondheidsongelijkheid.

De Commissie wil artificiële intelligentie inzetten voor een betere risico-inschatting en digitale hulpmiddelen gebruiken voor de opvolging van de patiënten. Zij ziet heil in de verdere ontwikkeling van een gepersonaliseerde geneeskunde. Belangrijk is de verbetering van de elektronische gegevensuitwisseling.

cible du plan pour la santé cardiovasculaire, sont préoccupantes: la prévalence de l'obésité pourrait atteindre 27,6 % chez les hommes et 17,2 % chez les femmes. Cette problématique est également très marquée chez les enfants et les adolescents: 19 % d'entre eux sont en surpoids et 4,8 % souffrent d'obésité. Cette évolution risque d'alourdir encore davantage la future charge liée aux maladies cardiovasculaires, au diabète et à d'autres maladies chroniques.

On estime que le diabète touche un Belge sur dix. Sa prévalence augmente d'année en année en raison du vieillissement de la population, de l'obésité et de facteurs liés au mode de vie. Depuis 2000, le nombre d'adultes atteints de diabète a plus que doublé. Sans mesures préventives supplémentaires, le diabète contribuera de plus en plus à la future charge liée aux maladies cardiovasculaires.

Selon l'OMS, la consommation totale d'alcool en Belgique s'élevait en 2019 à 10,8 litres d'alcool pur par personne (âgée de plus de 15 ans) par an. Ce chiffre est légèrement inférieur à la moyenne de l'UE-15, qui s'établit à 11,1 litres. Malgré une baisse progressive, la consommation d'alcool demeure un facteur de risque important et modifiable des maladies cardiovasculaires en Belgique.

La Commission constate également que les maladies cardiovasculaires sont souvent dépistées trop tard. C'est pourquoi elle souhaite élaborer un protocole européen pour les bilans de santé cardiovasculaires, soutenir les États membres dans le dépistage systématique des personnes à risque, établir des recommandations uniformes en matière de dépistage précoce et intégrer des bilans de santé préventifs dans les soins de première ligne.

En matière de traitement et de revalidation, la Commission européenne souhaite mettre l'accent sur la personnalisation du traitement, sur un meilleur suivi des patients atteints de maladies chroniques, sur une revalidation intégrée après un infarctus du myocarde ou un AVC, ainsi que sur une meilleure coopération entre les soins de première ligne, les hôpitaux et les centres spécialisés.

Les trois piliers horizontaux sont la numérisation, la recherche et l'innovation, ainsi que la réduction des inégalités en matière de santé.

La Commission souhaite recourir à l'intelligence artificielle pour améliorer l'évaluation des risques et utiliser des outils numériques pour le suivi des patients. Elle mise sur le développement de la médecine personnalisée. Il est essentiel d'améliorer l'échange électronique de données.

Onderzoek en innovatie is nodig om nieuwe behandelings, een betere diagnostiek en innovatieve medische technologieën te ontwikkelen en het preventieonderzoek te verbeteren. Een betere gegevensanalyse kan de impact van de maatregelen inzake cardiovasculaire gezondheid beter in kaart brengen waardoor we gerichtere maatregelen kunnen nemen. Dat betekent ook meer investeringen in klinische studies in Europa en België. Het *Clinical Trials Information System* (CTIS), het Europese platform dat klinische studies op Europees niveau beoordeelt, telde eind augustus 864 klinische studies gericht op cardiovasculaire aandoeningen, tegenover bijna vijf keer zoveel studies voor oncologische aandoeningen.

Gezondheidsongelijkheid is en blijft een probleem. Dat maakt dat in elk plan de nodige aandacht moet worden gegeven aan vrouwen waarbij cardiovasculaire aandoeningen zich vaak anders manifesteren en vaak niet worden herkend. Daarnaast moet het plan zich focussen op de cardiovasculaire gezondheid van kinderen, jongeren en sociaal kwetsbare groepen.

Omwille van de bevoegdheidsverdeling in ons land zal een cardiovasculair plan interfederaal moeten zijn waarbij de gemeenschappen en de gewesten hun preventiebeleid versterken, rekening houdend met de aandachtspunten van de Commissie op het vlak van preventie. Het gaat dan over het versterken van de preventie inzake roken, gezonde voeding en voldoende lichaamsbeweging om zo diabetes, obesitas en cardiovasculair lijden te voorkomen.

Op 20 juli verscheen het voorstel van de Belgische Cardiologische Liga en heel wat andere stakeholders betrokken in de cardiovasculaire gezondheid in ons land. Zij sloegen hiertoe de handen in elkaar in de vorm van de Belgian Alliance for Cardiovascular Health (BACH). Naar analogie met andere plannen voor de structurele aanpak van zware chronische ziekten, vertaalt BACH het *Safe Hearts Plan* naar de Belgische federale context. Het document schetst 20 concrete acties binnen een vijftal pijlers, met name het belang van een interfederale benadering, de inzet op een gezonde levensstijl, een actieve risicodetectie, de preventie als standaard voor de zorg en een datagedreven cardiovasculair ecosysteem. Het document stelt vast dat patiëntengegevens vandaag verspreid zijn over de verschillende systemen en zorgverleners, waardoor zorgverleners niet altijd tijdig beschikken over de nodige informatie om risico's te detecteren of de zorg op te volgen.

La recherche et l'innovation sont nécessaires pour développer de nouveaux traitements et améliorer les diagnostics et les technologies médicales innovantes, ainsi que pour renforcer la recherche en matière de prévention. Une meilleure analyse des données permettra de mieux évaluer l'incidence des mesures en matière de santé cardiovasculaire et donc de prendre des mesures plus ciblées. Il conviendra également d'investir davantage dans les essais cliniques en Europe et en Belgique. Le Système d'Information sur les essais cliniques (CTIS) – la plateforme européenne qui évalue les essais cliniques au niveau européen – comptait fin août 864 essais cliniques consacrés aux maladies cardiovasculaires, contre près de cinq fois plus d'essais consacrés aux maladies oncologiques.

Les inégalités en matière de santé sont et restent un problème. C'est pourquoi chaque plan doit accorder l'attention nécessaire aux femmes, chez qui les maladies cardiovasculaires se manifestent souvent différemment et ne sont souvent pas diagnostiquées. En outre, le plan doit se concentrer sur la santé cardiovasculaire des enfants, des jeunes et des groupes socialement vulnérables.

Compte tenu de la répartition des compétences dans notre pays, ce plan pour la santé cardiovasculaire devra s'inscrire dans un cadre interfédéral, les Communautés et les Régions étant chargées de renforcer leur politique de prévention en tenant compte des points d'attention soulevés par la Commission en matière de prévention. Ainsi, la prévention concernant le tabagisme, l'alimentation saine et l'exercice physique devra être renforcée afin de diminuer la prévalence du diabète, de l'obésité et des maladies cardiovasculaires.

Le 20 juillet, une proposition a été lancée par la Ligue cardiologique belge et de nombreux autres acteurs belges de la santé cardiovasculaire, qui se sont réunis au sein de la Belgian Alliance for Cardiovascular Health (BACH). Par analogie avec d'autres plans visant à développer une approche structurelle des maladies chroniques graves, la BACH transpose le plan pour un cœur en bonne santé dans le contexte fédéral belge. Ce document propose vingt actions concrètes réparties en cinq piliers soulignant l'importance, respectivement, d'une approche interfédérale, d'un mode de vie sain, d'une détection active des risques, de la prévention en tant que norme dans les soins de santé et d'un écosystème cardiovasculaire fondé sur des données. Le document part du constat que les données des patients sont actuellement éparpillées entre plusieurs systèmes et prestataires de soins, si bien que les prestataires ne disposent pas toujours à temps des informations nécessaires pour détecter les risques ou assurer le suivi des soins.

Het tot stand brengen van een dergelijk plan vraagt een nauwe betrokkenheid van alle stakeholders die actief zijn in de cardiovasculaire zorg in ons land. Hierbij nemen patiënten een bijzondere rol in. Omdat zij in hun leven op een bepaald ogenblik te maken krijgen met risico's die wijzen op een cardiovasculaire aandoening, moeten de maatregelen op maat van iedere burger en patiënt zijn. Zo'n draagvlak creëren kan middels *Patient Public Involvement* zoals Jeroen Hendriks en collega's recent in de *European Journal for Cardiovascular Nursing* aantoonde.

Zonder “*tokenism*”¹, zoals Benoit Mores in het editoriaal in het gelijknamige tijdschrift vermeldde², biedt het opstellen en implementeren van een dergelijk beleids- of actieplan de ideale gelegenheid om patiëntenorganisaties nauw te betrekken.

Willen we echt de cardiovasculaire gezondheid van onze bevolking verbeteren, dan moet het plan betrekking hebben op preventie, sensibilisering, gezondheidswijsheid, vroegdetectie en behandeling en moeten alle bevoegdheidsniveaus in ons land hun verantwoordelijkheid opnemen. Daarom is er nood aan een interfederale stuurgroep cardiovasculaire gezondheid waarin alle overheden, actoren én patiëntenorganisaties betrokken zijn.

Wanneer we het hebben over preventie, hebben we het over het terugdringen van roken, voldoende lichaamsbeweging, gezonde voeding, enzovoort. Een interfederaal plan laat toe regiospecifiek te werken, rekening houdend met de uitgangspositie van elke regio en om aldus de bestaande preventie te versterken.

Preventie moet ook gaan over secundaire preventie. Werken aan de cardiovasculaire gezondheid van de bevolking is een werk dat moet gebeuren, zowel voor als na een cardiovasculair incident. In dat kader moet worden

L'élaboration d'un plan de cette nature nécessite une coopération étroite entre l'ensemble des acteurs des soins cardiovasculaires du pays. Les patients ont un rôle particulier à jouer dans ce cadre. Dès lors que ceux-ci sont confrontés à un moment donné de leur vie au risque de développer une maladie cardiovasculaire, les mesures doivent être adaptées à chaque citoyen et à chaque patient. Cette adhésion pourra être atteinte au travers de la participation des patients et du public (*Patient and Public Involvement – PPI*), ainsi que Jeroen Hendriks et ses collègues l'ont récemment démontré dans le *European Journal for Cardiovascular Nursing*.

Sans verser dans le “*tokénisme*”¹ évoqué par Benoit Mores dans un éditorial du périodique précité², l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan politique ou d'action de cette nature représentent l'occasion idéale d'impliquer étroitement les associations de patients dans le processus.

Pour avoir un effet positif réel sur la santé cardiovasculaire de notre population, le plan devra porter à la fois sur la prévention, la sensibilisation, la littératie en santé, la détection précoce et le traitement, et chaque niveau de pouvoir de notre pays devra assumer ses responsabilités. Il convient dès lors de mettre en place un groupe de pilotage interfédéral en matière de santé cardiovasculaire, associant l'ensemble des autorités, des acteurs et des associations de patients.

Par prévention, nous entendons la lutte contre le tabagisme, la promotion de l'activité physique et d'une alimentation saine, etc. Un plan interfédéral permettra à chaque région de définir ses priorités en tenant compte de ses propres réalités et, partant, de renforcer la politique de prévention.

La politique de prévention doit également englober la prévention secondaire. Pour améliorer la santé cardiovasculaire de la population, il convient de prendre des mesures aussi bien avant qu'après les incidents

¹ “*Tokenism*” is schijnparticipatie: patiënten worden formeel betrokken bij de beleidsvorming, maar krijgen in werkelijkheid weinig of geen invloed op de uiteindelijke beslissingen. Volgens Benoit Mores moet *Patient and Public Involvement* (PPI) verder gaan dan louter symbolische aanwezigheid en leiden tot echte inspraak en medebepaling.

² Mores, Benoit, *minister for one day: how patient and public involvement drives cardiovascular policy making*, *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2026, 25(3):427-428 – gepubliceerd op 5 maart 2026.

¹ Le “*tokénisme*” désigne une participation de façade: les patients sont officiellement associés à l'élaboration des politiques, mais ils n'ont, en pratique, qu'une incidence limitée, voire aucune incidence, sur les décisions finales. Benoit Mores estime que la participation des patients et du public doit aller plus loin que la simple présence symbolique et mener à une réelle participation aux décisions.

² Mores, Benoit, *minister for one day: how patient and public involvement drives cardiovascular policy making*, *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2026, 25(3):427-428 – publié le 5 mars 2026.

onderzocht hoe het *stepped-care*-model voor kinderen met obesitas³ kan worden uitgerold voor volwassenen.

Op het vlak van de vroegdetectie is het belangrijk een jaarlijkse screening op het risico op cardiovasculaire aandoeningen vanaf 50 jaar bij de huisarts te onderzoeken. Parameters zoals de bloeddruk, de cholesterol, het diabetesrisico, de BMI, de levensstijl en de familiale voorgeschiedenis zijn daarbij belangrijk om in kaart te brengen. De patiënten die een familiehistoriek hebben van hartfalen, zoals een plotse hartsdood, kunnen eventueel drager zijn van een bepaald genetisch defect, wat betekent dat een screening van eerstegraadsfamilieliden in bepaalde gevallen – en na nauw overleg met de huisarts – aangewezen kan zijn. De huisartsen kunnen uit het elektronisch dossier van hun patiënten een inschatting maken of hun patiënt een hoog, gemiddeld of laag risico loopt en vervolgens aan de slag gaan met een preventie- of behandelingsplan. Een dergelijke screening kan in cocreatie worden georganiseerd door de gemeenschappen/gewesten en de federale overheid.

Op het vlak van de behandeling is de ontwikkeling van een zorgmodel waarbij de patiënt centraal staat essentieel. Dat vergt een versterking van de eerstelijnszorg en een verbeterde samenwerking tussen de verschillende zorgverleners (huisartsen, apothekers, cardiologen, verpleegkundigen, enzovoort). Cardiovasculaire gezondheid verdient daarom een specifiek programma in het kader van het interfederale plan voor geïntegreerde zorg.

Een essentieel onderdeel van het plan is de oprichting van een nationaal register voor hart- en vaatzieken naar het model van het Belgisch Kankerregister. Data zijn immers essentieel voor een proactieve aanpak van hart- en vaatziekten, maar ook om een zicht te krijgen op hoeveel mensen cardiovasculaire aandoeningen hebben, hoeveel mensen vanaf 50 jaar een check krijgen, welke opvolging daaraan werd gegeven en wat de impact is op de cardiovasculaire gezondheid van de bevolking. Dat betekent dat gewerkt moet worden met indicatoren, zodat men in realtime kan zien in welke mate het interfederaal cardiovasculair plan effect heeft. Vandaag bestaat een dergelijk register niet en varen we blind.

Het *Belgian Integrated Health Record* (BIHR) is vandaag een digitaal patiëntendossier. We zijn van

³ Het *stepped-care*-model bij obesitas is een zorgmodel waarbij de behandeling stapsgewijs wordt opgevoerd naargelang de ernst van de obesitas, de gezondheidsrisico's en het resultaat van eerdere behandelingen. De patiënt krijgt eerst de minst ingrijpende maar evidence-based interventies. Alleen wanneer die onvoldoende effect hebben, wordt overgeschakeld naar een intensievere behandeling.

cardiovasculaires. À cet égard, il s'indiquera d'examiner comment le modèle de soins par paliers (*stepped-care*)³ appliqué dans le cadre de l'obésité infantile peut être déployé pour les adultes.

En matière de détection précoce, il y a lieu de prévoir, pour tous les patients à partir de 50 ans, un screening annuel du risque de maladies cardiovasculaires chez le médecin généraliste. Ce screening devra prendre en compte des paramètres tels que la pression artérielle, le taux de cholestérol, le risque de diabète, l'IMC, le mode de vie et les antécédents familiaux. Les patients ayant des antécédents familiaux d'insuffisance cardiaque, par exemple de mort subite cardiaque, peuvent être atteints d'une anomalie génétique. Dans certains cas, un screening des membres de la famille du premier degré pourrait dès lors s'avérer nécessaire, en concertation étroite avec le médecin généraliste. Sur la base du dossier électronique, le médecin généraliste pourra évaluer si le patient présente un risque élevé, moyen ou faible et élaborer un plan de prévention ou de traitement. Ce screening pourra être organisé conjointement par les Communautés/Régions et l'autorité fédérale.

En matière de traitement, il est essentiel d'élaborer un modèle de soins centré sur le patient. À cet effet, il conviendra de renforcer les soins de première ligne et d'améliorer la coopération entre les différents prestataires de soins (médecins généralistes, pharmaciens, cardiologues, infirmiers, etc.). La santé cardiovasculaire devrait donc faire l'objet d'un programme spécifique dans le cadre du plan interfédéral pour les soins intégrés.

La création d'un registre national des maladies cardiovasculaires, par analogie avec le Registre belge du cancer, constitue un élément crucial de ce plan. En effet, les données sont essentielles pour mener une politique de prévention proactive des maladies cardiovasculaires, mais également pour connaître le nombre de personnes atteintes d'affections cardiovasculaires, le nombre de personnes âgées de 50 ans et plus ayant bénéficié d'un dépistage, le suivi qui en a été assuré et l'incidence sur la santé cardiovasculaire de la population. Cela signifie qu'il convient de s'appuyer sur des indicateurs permettant de constater, en temps réel, les effets produits par le plan cardiovasculaire interfédéral. Pour l'instant, un registre de ce type fait défaut et nous naviguons à vue.

Le *Belgian Integrated Health Record* (BIHR) est actuellement un dossier patient numérique. Nous estimons

³ Dans le cadre de la lutte contre l'obésité, le modèle de soins par paliers implique une intensification progressive du traitement en fonction de la gravité de l'obésité, des risques de santé et du résultat des traitements antérieurs. Le patient reçoit d'abord les traitements les moins invasifs mais fondés sur des données probantes. C'est seulement si les effets de ces premiers traitements sont insuffisants que le traitement est intensifié.

mening dat het ideale BIHR moet fungeren als een geïntegreerd platform waarin gegevens uit de eerste lijn, de ziekenhuizen, de apotheken, de paramedische zorg en de digitale toepassingen veilig samenkomen. Naast klassieke klinische gegevens zou het ook informatie over cardiovasculaire risicofactoren zoals rookgedrag, voedingsgewoonten, fysieke activiteit, obesitas, diabetes, nierfunctie en socio-economische determinanten van gezondheid moeten bevatten. Op basis van deze geïntegreerde gegevens kan het systeem automatisch gevalideerde cardiovasculaire risicoscores berekenen en de zorgverleners ondersteunen bij het vroegtijdig identificeren van hoogrisicopatiënten.

Het BIHR vormt daarmee de ruggengraat van de invoering van een proactieve *Heart Health Check*, waarbij preventie de standaard wordt in plaats van een reactieve aanpak. Tegelijkertijd moet het BIHR de kwaliteitsindicatoren en preventiebarometers voeden, de gegevensuitwisseling tussen zorgverleners verbeteren, het onderzoek faciliteren en een nationaal cardiovasculair register ondersteunen. Door klinische, gedrags-, sociale en digitale gezondheidsdata te koppelen, creëert het BIHR de basis voor een datagedreven cardiovasculair beleid, een gepersonaliseerde zorg, artificiële-intelligentietoepassingen en een beter inzicht in regionale, socio-economische en gendergerelateerde gezondheidsongelijkheden.

Irina De Knop (Anders.)

qu'il devrait idéalement fonctionner comme une plateforme intégrée qui recueille, en toute sécurité, les données provenant de la première ligne, des hôpitaux, des pharmacies, des soins paramédicaux et des applications numériques. Outre les données cliniques classiques, il devrait contenir des informations sur les facteurs de risque cardiovasculaires tels que le tabagisme, les habitudes alimentaires, le rôle de l'activité physique, l'obésité, le diabète, la fonction rénale et les déterminants socioéconomiques de la santé. En s'appuyant sur ces données intégrées, le système pourra calculer automatiquement des scores de risque cardiovasculaire validés et aider les prestataires de soins à identifier précocement les patients à haut risque.

Le BIHR constituera ainsi la colonne vertébrale de la mise en place d'un bilan de santé cardiaque proactif, qui érigera en norme la prévention au lieu de l'approche réactive. Parallèlement, le BIHR devra alimenter les indicateurs de qualité et les baromètres de prévention, améliorer l'échange de données entre les prestataires de soins, faciliter la recherche et soutenir un registre national des maladies cardiovasculaires. En croisant les données cliniques, comportementales, sociales et de santé numérique, le BIHR jettera les bases d'une politique cardiovasculaire fondée sur les données, de soins personnalisés, d'applications d'intelligence artificielle et d'une meilleure compréhension des inégalités de santé régionales, socioéconomiques et de genre.

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat cardiovasculaire aandoeningen de grootste uitdaging vormen op het vlak van gezondheidszorg in de Europese Unie, ondanks de reeds geboekte vooruitgang op het vlak van preventie en zorg;

B. overwegende dat in de Europese Unie jaarlijks 62 miljoen mensen worden getroffen door cardiovasculaire aandoeningen en 1,7 miljoen mensen elk jaar aan deze aandoeningen overlijden;

C. overwegende dat in België jaarlijks meer dan 300.000 ziekenhuisopnames gerelateerd zijn aan hart- en vaatziekten wat bijna 10 % van de ziekenhuisopnames vertegenwoordigt;

D. overwegende dat jaarlijks 30.000 mensen overlijden aan hart- en vaatziekten wat bijna een kwart van alle sterfgevallen uitmaakt;

E. overwegende dat hart- en vaatziekten samen met kanker tot de belangrijkste doodsoorzaak behoren;

F. overwegende dat hart- en vaatziekten in ons land een jaarlijkse kostprijs vertegenwoordigen van 4,5 miljard euro.

G. gelet op het regeerakkoord 2024-2029 dat naast een kankerplan en een plan voor neurodegeneratieve ziekten ook een plan voor cardiovasculaire aandoeningen aankondigt;

H. gelet op het *Europese Safe Hearts Plan* dat de lidstaten vraagt een plan cardiovasculaire aandoeningen te hebben tegen 2027;

I. gelet op de vraag van de WHO om tegen 2030 een reductie van 30 % van cardiovasculaire aandoeningen te realiseren;

J. gelet op de publicatie "*Towards and integrated cardiovascular health strategy for Belgium*", een voorstel van de cardiovasculaire gezondheidsagenda van de Belgian Society of Cardiology en de Belgische Cardiologische Liga;

K. overwegende dat de prevalentie van obesitas en diabetes blijft toenemen en alcohol en roken risicofactoren blijven in functie van de ontwikkeling van cardiovasculaire ziekten;

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant que les maladies cardiovasculaires constituent le principal défi dans le domaine des soins de santé au sein de l'Union européenne, malgré les progrès déjà réalisés en matière de prévention et de soins;

B. considérant que chaque année, les maladies cardiovasculaires affectent 62 millions de personnes et causent 1,7 million de décès dans l'Union européenne;

C. considérant qu'en Belgique, plus de 300.000 hospitalisations sont liées chaque année à des maladies cardiovasculaires, ce qui représente près de 10 % des hospitalisations;

D. considérant que 30.000 personnes décèdent chaque année des suites de maladies cardiovasculaires, ce qui représente près d'un quart de l'ensemble des décès;

E. considérant que les maladies cardiovasculaires figurent, avec le cancer, parmi les principales causes de décès;

F. considérant que les maladies cardiovasculaires représentent, dans notre pays, un coût annuel de 4,5 milliards d'euros.

G. vu l'accord de gouvernement 2024-2029 qui, outre la mise en place d'un plan cancer et d'un plan pour les maladies neurodégénératives, annonce l'élaboration d'un plan pour les affections cardiovasculaires;

H. vu le plan pour un cœur en bonne santé de l'Union européenne, qui invite les États membres à se doter d'un plan pour la santé cardiovasculaire à l'horizon 2027;

I. vu la demande de l'OMS visant à réduire de 30 % les maladies cardiovasculaires à l'horizon 2030;

J. vu la publication "*Towards an integrated cardiovascular health strategy for Belgium*", qui traduit une proposition du programme de santé cardiovasculaire de la Belgian Society of Cardiology et de la Ligue cardiologique belge;

K. considérant que la prévalence de l'obésité et du diabète continue d'augmenter et que la consommation d'alcool et le tabagisme demeurent des facteurs de risque de développement de maladies cardiovasculaires;

L. overwegende dat de rol van de overheid duidelijk moet zijn en zij moet informeren en sensibiliseren waarvoor burgers, op basis van alle mogelijke, correcte en beschikbare informatie, hun eigen keuzes kunnen maken;

VERZOEKT DE FEDERALE REGERING:

1. in samenwerking met de gemeenschappen tegen 2027 een interfederaal plan voor cardiovasculaire aandoeningen uit te werken met minstens volgende elementen:

1.1. het opstellen van versterkte preventieprogramma's met betrekking tot roken, lichaamsbeweging, voeding en alcohol;

1.2. de organisatie van vroegtijdige detectie door middel van een jaarlijkse screening op het risico op cardiovasculaire aandoeningen op te zetten vanaf de leeftijd van 50 jaar, waarbij parameters zoals de bloeddruk, de cholesterol, het diabetesrisico, de BMI, de levensstijl en de familiale voorgeschiedenis in kaart worden gebracht;

1.3. de ondersteuning van de huisartsen bij het opstellen van een zorgplan bij de vaststelling van een risico op cardiovasculaire aandoeningen;

1.4. bij de opvolging van patiënten met cardiovasculaire aandoeningen maximaal gebruik te maken van een monitoring op afstand ondersteund door *nurse-led clinics*;

1.5. de bepaling van indicatoren waaronder minstens de cardiovasculaire sterfte, het aantal rokers, de gemiddelde bloeddruk in de bevolking, het aantal patiënten met gecontroleerde hypertensie, de tijd tussen infarct en behandeling en de hospitalisatiegraad voor vermijdbare cardiovasculaire problemen;

1.6. de mogelijkheid om een multidisciplinair overleg te integreren, zoals het MOC (Multidisciplinair Oncologisch Consult), en dit voor patiënten met een zeer hoog cardiovasculair risico, complexe cardio-renaal-metabole aandoeningen of erfelijke cardiovasculaire ziekten waarbij dit overleg relevante zorgverleners samenbrengt rond één geïntegreerd preventie- en behandelplan, een gedeelde besluitvorming ondersteunt en de coördinatie tussen eerste, tweede en derde lijn verbetert;

1.7. de ontwikkeling van een specifiek programma voor cardiovasculaire gezondheid in het kader van het interfederale plan voor geïntegreerde zorg;

L. considérant que le rôle des autorités doit être clair et qu'elles doivent mener des campagnes d'information et de sensibilisation afin de permettre aux citoyens d'opérer leurs propres choix en s'appuyant sur toutes les informations possibles, correctes et disponibles;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL:

1. d'élaborer, à l'horizon 2027, en collaboration avec les Communautés, un plan interfédéral Maladies cardiovasculaires comprenant au moins les éléments suivants:

1.1. l'établissement de programmes de prévention renforcés concernant le tabagisme, l'activité physique, l'alimentation et la consommation d'alcool;

1.2. la mise en place d'une détection précoce par le biais d'un dépistage annuel visant à évaluer le risque de maladies cardiovasculaires à partir de l'âge de 50 ans, permettant d'analyser des paramètres tels que la tension artérielle, le taux de cholestérol, le risque de diabète, l'IMC, le mode de vie et les antécédents familiaux;

1.3. l'accompagnement des médecins généralistes dans l'élaboration d'un plan de soins en cas de constat d'un risque de maladies cardiovasculaires;

1.4. le recours maximal au monitoring à distance soutenu par des *nurse-led clinics*; dans le suivi des patients atteints de maladies cardiovasculaires;

1.5. la définition d'indicateurs concernant à tout le moins la mortalité cardiovasculaire, le nombre de fumeurs, la tension artérielle moyenne de la population, le nombre de patients présentant une hypertension contrôlée, le délai entre l'infarctus et le traitement, ainsi que le taux d'hospitalisation pour les problèmes cardiovasculaires évitables;

1.6. la possibilité d'intégrer une concertation pluridisciplinaire, à l'instar de la COP (Consultation oncologique pluridisciplinaire), pour les patients présentant un risque cardiovasculaire très élevé, des maladies cardio-renaales métaboliques complexes ou des maladies cardiovasculaires héréditaires, cette concertation réunissant les prestataires de soins concernés autour d'un plan intégré de prévention et de traitement, favorisant une prise de décision partagée et améliorant la coordination entre la première, la deuxième et la troisième lignes;

1.7. le développement d'un programme spécifique de santé cardiovasculaire dans le cadre du plan interfédéral pour les soins intégrés;

2. de patiëntenorganisaties te betrekken bij het opstellen van het interfederaal plan;

3. een interfederale stuurgroep cardiovasculaire gezondheid op te richten met als opdracht:

3.1. de opvolging van de indicatoren;

3.2. de impact van de genomen maatregelen op het globaal risico op cardiovasculaire aandoeningen te meten en zo nodig bijkomende maatregelen voor te stellen aan de federale minister van volksgezondheid en de ministers bevoegd voor volksgezondheid van de gemeenschappen en gewesten;

3.3. geanonimiseerde gegevens ter beschikking te stellen voor wetenschappelijk onderzoek;

4. in de schoot van Sciensano een register voor cardiovasculaire aandoeningen op te richten naar het voorbeeld van het Kankerplan;

5. het *Belgian Integrated Health Record* (BIHR) te laten uitgroeien tot een geïntegreerd platform van diverse gegevens op basis waarvan automatisch gevalideerde cardiovasculaire risicoscores kunnen worden berekend en dat de zorgverleners ondersteunt bij het vroegtijdig identificeren van hoogrisicopatiënten waardoor het BIHR de ruggengraat vormt voor de invoering van een proactieve *Heart Health Check*, waarbij preventie de standaard wordt in plaats van een reactieve aanpak.

1 september 2026

Irina De Knop (Anders.)

2. d'impliquer les associations de patients dans l'élaboration du plan interfédéral;

3. de créer un groupe de pilotage interfédéral en matière de santé cardiovasculaire qui aurait pour mission:

3.1. d'assurer le suivi des indicateurs;

3.2. de mesurer l'incidence des mesures prises sur le risque global de maladies cardiovasculaires et, si nécessaire, de proposer des mesures supplémentaires au ministre fédéral de la Santé publique et aux ministres en charge de la Santé publique au sein des Communautés et des Régions;

3.3. de mettre à disposition des données anonymisées à des fins de recherche scientifique;

4. de créer, au sein de Sciensano, un registre des maladies cardiovasculaires, à l'instar de ce qui est prévu dans le cadre du Plan cancer;

5. de faire évoluer le *Belgian Integrated Health Record* (BIHR) vers une plateforme intégrée regroupant diverses données, permettant de calculer des scores de risque cardiovasculaire validés automatiquement et de soutenir les prestataires de soins dans l'identification précoce des patients à haut risque, le BIHR devenant l'élément central en vue de la mise en place d'un bilan de santé cardiaque proactif qui érigerait en norme la prévention au lieu de l'approche réactive.

1^{er} septembre 2026