

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

30 juli 2026

30 juillet 2026

WETSONTWERP

PROJET DE LOI

**houdende diverse bepalingen
inzake gezondheid**

**portant des dispositions diverses
en matière de santé**

Verslag van de eerste lezing
namens de commissie
voor Gezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door
de heer **Daniel Bacquelaine**

Rapport de la première lecture
fait au nom de la commission
de la Santé et de l'Égalité des chances
par
M. Daniel Bacquelaine

Inhoud	Blz.
I. Inleidende uiteenzetting	3
II Algemene bespreking.....	8
III. Artikelsgewijze bespreking en stemmingen.....	28

Sommaire	Pages
I. Exposé introductif.....	3
II. Discussion générale.....	8
III. Discussion des articles et votes.....	28

Zie:

Doc 56 **1641/ (2025/2026)**:
001: Wetsontwerp.
002: Amendement.

Zie ook:
004: Artikelen aangenomen in eerste lezing.

Voir:

Doc 56 **1641/ (2025/2026)**:
001: Projet de loi.
002: Amendement.

Voir aussi:
004: Articles adoptés en première lecture.

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**

Voorzitter/Président: Ludivine Dedonder

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA	Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels, Lotte Peeters
VB	Katleen Bury, Dominiek Sneppe
MR	Daniel Bacquellaine, Julie Taton
PS	Caroline Désir, Ludivine Dedonder
PVDA-PTB	Natalie Eggermont, Ayse Yigit
Les Engagés	Jean-François Gatelier, Carmen Ramlot
Vooruit	Jan Bertels
cd&v	Nawal Farih
Ecolo-Groen	Jeroen Van Lysebettens
Anders.	Irina De Knop

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Axel Ronse, Darya Safai, Wim Van der Donckt, Charlotte Verkeyn
Ellen Samyn, Sam Van Rooy, Kristien Verbelen
Charlotte Deborsu, Benoît Piedboeuf, Florence Reuter
Dimitri Legasse, Patrick Prévot, Sophie Thémont
Greet Daems, Sofie Merckx, Nadia Moscufo
Isabelle Hansez, Stéphane Lasseaux, Anne Pirson
Funda Oru, Anja Vanrobaeys
Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Meyrem Almaci, Rajae Maouane
Steven Coenegrachts, Katja Gabriëls

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 toespraken (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)

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsontwerp in eerste lezing besproken tijdens haar vergadering van 8 juli 2026.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING

De heer Frank Vandenbroucke, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding, overloopt de hoofdlijnen van het wetsontwerp.

Dit wetsontwerp bundelt een reeks wijzigingen in verschillende gezondheidswetten. Het gaat in totaal om zeven hoofdstukken.

Concreet gaat het onder meer om het efficiënter laten functioneren van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen, het actualiseren van de terminologie rond de huisartsenwachtdienst, en het moderniseren van de omschrijving van de kinesitherapeutische handelingen.

Daarnaast worden de strafbepalingen in de gezondheidswetgeving afgestemd op het nieuwe Strafwetboek, wordt een tijdelijk moratorium op A- en Sp-ziekenhuisbedden ingevoerd, en worden twee koninklijke besluiten over retributies bekrachtigd.

De minister licht de bepalingen hoofdstuk per hoofdstuk toe.

Het eerste hoofdstuk (artikelen 2 tot 5) wijzigt het koninklijk besluit nr. 47 over de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen. Het doel is de werking van deze commissie te vereenvoudigen en efficiënter te maken.

Voortaan kan er een vast bureau of een ad-hoc bemiddelingscommissie worden samengesteld met minstens twee vertegenwoordigers per groep. De eis dat minstens de helft van de leden moet deelnemen, vervalt dus. Dat is logisch, omdat een bemiddelingsvraag altijd eerst aan de plenaire vergadering wordt voorgelegd, en vaak gaat over een herbevestiging van eerdere standpunten. Een kleinere samenstelling volstaat dan.

Daarnaast wordt de formele benoeming van een secretaris en adjunct-secretaris afgeschaft. Het secretariaat wordt voortaan, zoals in andere commissies, ondersteund door ambtenaren van de FOD Volksgezondheid.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné ce projet de loi en première lecture au cours de sa réunion du 8 juillet 2026.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF

M. Frank Vandenbroucke, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la lutte contre la pauvreté, parcourt les grandes lignes du projet de loi.

Le projet de loi à l'examen rassemble une série de modifications à apporter dans plusieurs lois en matière de santé. Il comprend sept chapitres au total.

Concrètement, il vise notamment à rendre le fonctionnement de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux plus efficace, à actualiser la terminologie relative aux services de garde de médecine générale et à moderniser la description des actes de kinésithérapie.

En outre, il prévoit d'harmoniser les dispositions pénales énoncées dans la législation relative à la santé publique avec le nouveau Code pénal, d'instaurer un moratoire sur les lits d'hôpitaux du type A et du type Sp, et de confirmer deux arrêtés royaux fixant des rétributions.

Le ministre commente les dispositions chapitre par chapitre.

Le premier chapitre (articles 2 à 5) modifie l'arrêté royal n° 47 instituant une Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux en vue de simplifier et d'optimiser le fonctionnement de cette commission.

Il sera dorénavant possible d'instituer un bureau permanent ou une commission *ad hoc* de conciliation, comprenant au moins deux représentants de chaque groupe. La participation d'au moins la moitié des membres ne sera donc plus exigée. Cette évolution est logique, dès lors qu'une demande de conciliation est toujours d'abord soumise à l'assemblée plénière et qu'il s'agit souvent d'une réaffirmation de positions antérieures. Une composition plus réduite est donc suffisante.

De plus, la nomination formelle d'un secrétaire et d'un secrétaire adjoint est supprimée. À l'instar d'autres commissions, la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sera désormais assistée, pour son secrétariat, par des fonctionnaires du SPF Santé publique.

Tot slot wordt de mandaatduur van de leden van drie naar zes jaar verlengd. Zo wordt die in lijn gebracht met andere organen, zoals de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, en wordt meer continuïteit gecreëerd, zodat de commissie expertise kan opbouwen en een langetermijnvisie kan ontwikkelen over de relaties tussen artsen en ziekenhuizen.

Het tweede hoofdstuk (artikelen 6 en 7) wijzigt de Kwaliteitswet. In het kader van de medische permanentie wordt de term “functioneel samenwerkingsverband van huisartsen” vervangen door “erkend netwerk van huisartsen”. Die term sluit beter aan bij de manier waarop de huisartsenwachtdiensten vandaag georganiseerd zijn en voorkomt verwarring met andere samenwerkingen tussen huisartsen buiten de wachtdienst.

Het derde hoofdstuk wijzigt de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen (WUG) en omvat vijf afdelingen.

— *Afdeling 1 — Medische permanentie (artikelen 8 en 9)*

Deze afdeling brengt in de WUG dezelfde terminologische wijziging aan als in de Kwaliteitswet: “functioneel samenwerkingsverband” wordt “netwerk”.

— *Afdeling 2 — Kinesithérapie (artikelen 10 tot 13)*

De minister vindt dit het belangrijkste onderdeel van het wetsontwerp. De regering stelt met name de wettelijke definitie van kinesitherapeutische handelingen bij, op basis van het advies van 18 maart 2025 van de Federale Raad voor de Kinesithérapie. De wet is afgestemd op de manier waarop kinesithérapie tegenwoordig wordt beoefend, rekening houdend met de huidige wetenschappelijke inzichten.

Vooreerst wordt de rol van de kinesitherapeut duidelijker omschreven: elke behandeling begint met een kinesitherapeutisch onderzoek, waarvan de bevindingen de basis vormen voor de kinesitherapeutische diagnose.

Bovendien wordt de lijst met technieken vervangen door een modernere functionele beschrijving. Zo worden de manuele technieken bijvoorbeeld opnieuw geformuleerd en omvatten ze voortaan ook de volgende behandelmethoden (niet-exhaustieve lijst): kinesitherapeutische manuele technieken, kinesitherapeutische mobilisatie, kinesitherapeutische manipulatie, kinesitherapeutische massage, manuele lymfedrainage en stretching.

Enfin, la durée des mandats des membres sera portée de trois à six ans. Le but est d'aligner cette durée sur celle des mandats exercés au sein d'autres organes, tels que le Conseil fédéral des établissements hospitaliers, et d'assurer une plus grande continuité, afin que la commission en question puisse développer une expertise ainsi qu'une vision à long terme concernant les relations médecins-hôpitaux.

Le deuxième chapitre (articles 6 et 7) modifie la loi Qualité. Il prévoit de remplacer, dans le cadre de la permanence médicale, l'expression “une coopération fonctionnelle de médecins généralistes agréée” par “un réseau de médecins généralistes agréé”. Cette formulation correspond mieux à l'organisation actuelle des services de garde de médecine générale et évite toute confusion avec d'autres coopérations entre médecins généralistes en dehors du contexte des services de garde.

Le troisième chapitre modifie la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé (LEPSS) et comprend cinq sections.

— *Section 1^{re} — Permanence médicale (articles 8 et 9)*

Cette section apporte, dans la LEPSS, la même modification terminologique que dans la loi Qualité: la “coopération fonctionnelle” devient le “réseau”.

— *Section 2 — Kinésithérapie (articles 10 à 13)*

Le ministre estime qu'il s'agit de la partie la plus importante de ce projet de loi. Le gouvernement actualise plus particulièrement la définition légale des actes de kinésithérapie, sur la base de l'avis du 18 mars 2025 du Conseil fédéral de la Kinésithérapie. La loi est alignée sur la manière dont la kinésithérapie est exercée aujourd'hui, en tenant compte des connaissances scientifiques actuelles.

Pour commencer, le rôle du kinésithérapeute est défini plus clairement: chaque traitement débute par un examen kinésithérapeutique, dont les conclusions constituent la base du diagnostic kinésithérapeutique.

Par ailleurs, la liste des techniques est remplacée par une description fonctionnelle plus moderne. Par exemple, les techniques manuelles sont reformulées, en incluant notamment les méthodes de traitement suivantes (cette liste n'est pas exhaustive): les techniques manuelles kinésithérapeutiques, la mobilisation kinésithérapeutique, la manipulation kinésithérapeutique, le massage kinésithérapeutique, le drainage lymphatique manuel et le stretching.

Wetenschappelijk onderbouwde technieken via lichaamsholtes zijn bijvoorbeeld mogelijk voor kinesitherapeuten die over een specifieke beroepskwalificatie beschikken waarmee zij bepaalde interne technieken mogen toepassen. Die handelingen worden uitgevoerd binnen duidelijk afgebakende expertisegebieden. Luchtwegenaspiratie en -drainage worden bijvoorbeeld uitgevoerd door kinesitherapeuten met een speciale kwalificatie in respiratoire kinesitherapie. Bekken- en rectale behandelingen vallen daarentegen onder het werkterrein van kinesitherapeuten die beschikken over een specifieke kwalificatie in perinatale kinesitherapie en abdominale en bekkenrevalidatie.

Voortaan zullen ook preventie en het behoud van de gezondheid in verband met de levenskwaliteit uitdrukkelijk worden vermeld. Hoewel preventie logischerwijs al tot de taken van de kinesitherapeut behoort, wordt dat nu ook uitdrukkelijk in de wet vastgelegd. Er is gekozen voor een ruime interpretatie om de complementariteit met andere actoren (zoals sportcoaches en bewegingscoaches) te waarborgen.

Bovendien biedt die afdeling een duidelijke wettelijke basis voor rechtstreekse toegang tot kinesitherapie. De Koning kan de nadere regels voor die rechtstreekse toegang vaststellen. Het gaat dus om een gerichte, maar duidelijk afgebakende directe toegang.

Ook de samenstelling en de werking van de Federale Raad voor de Kinesitherapie worden aangepast, opdat die functioneel blijft. Het aantal artsen in de Raad wordt teruggebracht van zes naar vier en van elke gemeenschap wordt een ambtenaar met raadgevende stem toegevoegd, wegens hun deskundigheid op het gebied van onderwijs.

Ten slotte is het voortaan uitdrukkelijk strafbaar wanneer een kinesitherapeut zijn naam of medewerking verleent aan de onwettige uitoefening van de geneeskunde. Die wijziging vult een leemte in de wet aan.

— Afdeling 3 — Uitoefening van de verpleegkunde (artikel 14)

Deze afdeling voegt het advies van de Federale Raad voor de Apothekers toe aan de lijst van adviezen die vooraf moeten worden ingewonnen bij de aanname van een koninklijk besluit dat bepaalt welke geneesmiddelen verpleegkundigen mogen voorschrijven.

Les techniques scientifiquement fondées pratiquées par les orifices corporels, par exemple, sont possibles pour les kinésithérapeutes qui disposent d'une qualification professionnelle particulière leur permettant d'appliquer des techniques internes spécifiques. Ces actes sont exécutés dans des domaines d'expertise clairement délimités. L'aspiration et le drainage des voies respiratoires, par exemple, sont pratiqués par des kinésithérapeutes disposant d'une qualification particulière en kinésithérapie respiratoire. Les actes pelviens et rectaux, en revanche, relèvent du domaine des kinésithérapeutes qui disposent d'une qualification particulière en kinésithérapie périnatale et en rééducation abdomino-pelvienne.

Désormais, la prévention et le maintien de la santé en relation avec la qualité de vie seront, eux aussi, explicitement mentionnés. Bien que la prévention relève déjà logiquement du rôle du kinésithérapeute, elle est à présent explicitement consacrée dans la loi. La description est large afin de préserver la complémentarité avec d'autres acteurs (comme les coaches sportifs et les coaches en activité physique).

Par ailleurs, cette section prévoit une base légale claire pour l'accès direct à la kinésithérapie. Le Roi peut déterminer les modalités de cet accès direct. Il s'agit donc d'un accès direct ciblé, mais clairement encadré.

La composition et le fonctionnement du Conseil fédéral de la Kinésithérapie sont également adaptés afin qu'ils restent fonctionnels. Le nombre de médecins au sein du Conseil passe de six à quatre, et un fonctionnaire de chaque Communauté est ajouté avec voix consultative, en raison de leur compétence en matière d'enseignement.

Enfin, le kinésithérapeute qui prête son nom ou sa collaboration à l'exercice illégal de la médecine est désormais expressément rendu punissable. Cette modification comble un oubli dans la loi.

— Section 3 — Exercice de l'art infirmier (article 14)

Cette section vise à ajouter l'avis du Conseil fédéral des pharmaciens à la liste des avis à recueillir préalablement à la prise d'un arrêté royal déterminant quels médicaments les infirmiers peuvent prescrire.

— *Afdeling 4 – Uitoefening van het beroep van vroedvrouw (artikel 15)*

Dezelfde toevoeging geldt voor het koninklijk besluit over de geneesmiddelen die vroedvrouwen autonoom mogen voorschrijven bij de opvolging van een normale zwangerschap, eutocische bevallingen en bij de zorg voor gezonde pasgeborenen.

— *Afdeling 5 – Federale Raad voor de Paramedische Beroepen (artikel 16)*

Deze afdeling verduidelijkt wie een paramedisch beroep mag vertegenwoordigen in de Federale Raad voor de Paramedische Beroepen. De leden moeten het geheel van de prestaties van hun beroep uitoefenen, zodat zij hun beroepsgroep goed kunnen vertegenwoordigen.

Het vierde Hoofdstuk (artikelen 17 tot 47) brengt de strafbepalingen uit de gezondheidswetgeving in overeenstemming met het nieuwe Strafwetboek van 29 februari 2024. De draagwijdte van de strafbare feiten blijft ongewijzigd. Er worden drie soorten aanpassingen doorgevoerd.

Ten eerste worden de verwijzingen naar de artikelen in het Strafwetboek aangepast.

Ten tweede wordt de strafmaat aangepast. Het omzettingsmechanisme dat is vastgelegd in het nieuwe Strafwetboek wordt toegepast.

Ten derde wordt het morele bestanddeel verduidelijkt. Waar een misdrijf een algemeen opzet vereist, wordt het woord “opzettelijk” toegevoegd. Daarnaast worden enkele bepalingen over herhaling en verzachtende omstandigheden opgeheven, omdat de algemene regels van het Strafwetboek voortaan van toepassing zijn.

Deze aanpassingen hebben betrekking op verschillende gezondheidswetten, waaronder de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen, de wet inzake de rechten van de patiënt, de wet betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening en de ziekenhuiswet. Voor de gezondheidswet van 1945 en de gecoördineerde ziekenhuiswet van 2008 wordt, naar aanleiding van het advies van de Raad van State, verduidelijkt dat deze aanpassingen alleen gelden voor zover die wetten nog onder de federale bevoegdheid vallen.

— *Section 4 – Exercice de la profession de sage-femme (article 15)*

Un ajout similaire est prévu concernant l'arrêté royal relatif aux prescriptions médicamenteuses qui peuvent être rédigées de manière autonome par les sages-femmes dans le cadre du suivi des grossesses normales et des accouchements eutociques et dans le cadre des soins aux nouveau-nés bien portants.

— *Section 5 – Conseil fédéral des professions paramédicales (article 16)*

Cette section vise à préciser qui peut représenter une profession paramédicale au sein du Conseil fédéral des professions paramédicales. Les membres de ce Conseil devront être des praticiens exerçant l'ensemble des prestations liées à l'exercice de leur profession, car ils doivent pouvoir représenter correctement leur catégorie professionnelle.

Le chapitre 4 (articles 17 à 47) vise à mettre les dispositions pénales inscrites dans la législation sanitaire en concordance avec le nouveau Code pénal du 29 février 2024. La portée des infractions demeure identique. Trois types de modifications sont apportées.

Premièrement, les renvois aux articles du Code pénal seront modifiés.

Deuxièmement, le degré des peines sera modifié. Le mécanisme de conversion défini dans le nouveau Code pénal sera d'application.

Troisièmement, des précisions seront apportées à propos de l'élément moral. Lorsqu'une infraction nécessite un dol général, le mot “délibérément” sera ajouté. Par ailleurs, plusieurs dispositions relatives à la récidive et aux circonstances atténuantes seront abrogées, parce que les règles générales du Code pénal seront désormais d'application.

Ces modifications concernent plusieurs lois en lien avec la santé, notamment la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, la loi relative aux droits du patient, la loi relative à l'aide médicale urgente et la loi sur les hôpitaux. S'agissant de la loi sanitaire de 1945 et de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux, le projet de loi à l'examen précise, pour donner suite à l'avis du Conseil d'État, que ces modifications ne produiront leurs effets que dans la mesure où ces lois relèvent encore de la compétence fédérale.

Hoofdstuk 5 (artikel 48) voert een moratorium in op het aantal bedden van het type A of Sp. De maatregel is van toepassing op zowel de algemene als de psychiatrische ziekenhuizen. Hij geldt per dienst en per ziekenhuis.

Het doel is financiële constructies te voorkomen in afwachting van de definitieve beslissingen over de hervorming van het ziekenhuislandschap en de actualisering van de planning en de regels voor reconversie. Momenteel wordt bij reconversie geen rekening gehouden met de werkelijke behoeften van de bevolking. Er bestaat met name bezorgdheid over de ongerechtvaardigde (en dus nauwelijks gefinancierde) reconversie van acute ziekenhuisbedden (vaak C- en D-bedden) naar A- en Sp-bedden, die automatisch voor 80 % gerechtvaardigd (en dus gefinancierd) worden. De overheid ontvangt bijvoorbeeld dossiers waarin die A- en Sp-bedden vervolgens door algemene ziekenhuizen tegen financiële vergoeding worden overgedragen aan psychiatrische ziekenhuizen, wat leidt tot een geleidelijke en structurele uitholling van het budget van de algemene ziekenhuizen, met name in de onderdelen B1 en B2.

Het moratorium is een tijdelijke en voorlopige maatregel. Het biedt de tijd om het onderzoek uit te voeren dat moet leiden tot een passende programmatie en passende reconversieregels. De Koning behoudt de mogelijkheid om bepaalde reconversies opnieuw toe te staan, per type ziekenhuis en per type dienst, en om de blokkering op te heffen voor interne reconversies of overplaatsingen tussen ziekenhuizen op nationaal niveau, bijvoorbeeld om te rationaliseren door kleinere instellingen samen te voegen.

Het zesde hoofdstuk bekrachtigt twee koninklijke besluiten over de retributies en bijdragen aan het Begrotingsfonds voor de grondstoffen en de producten. Het gaat om het besluit van 26 maart 2024 en het besluit van 2 juli 2025, die onder meer betrekking hebben op biociden en op de kennisgeving van mengsels die als gevaarlijk worden beschouwd wegens hun gevolgen voor de gezondheid.

De wet van 21 december 1998 vereist dat een koninklijk besluit dat zulke bijdragen oplegt binnen het jaar na de bekendmaking wettelijk wordt bekrachtigd.

Tot slot regelt het zevende hoofdstuk de inwerking-treding van een aantal bepalingen. De terminologische wijzigingen over de medische permanentie treden in werking op 1 januari 2027. De bepaling over de Federale Raad voor de Paramedische Beroepen treedt in werking op een datum bepaald bij koninklijk besluit, en uiterlijk op 1 juli 2028, om de werking van de huidige Raad niet te verstoren. De strafbepalingen treden in werking samen met het nieuwe Strafwetboek. Voor het moratorium is

Le cinquième chapitre (l'article 48) introduit un moratoire sur le nombre de lits A et Sp. Il s'appliquera aux hôpitaux généraux comme aux hôpitaux psychiatriques, par service et par hôpital.

L'objectif est d'éviter des constructions financières en attendant les décisions finales concernant la réforme du paysage hospitalier et l'actualisation de la programmation et des règles de reconversion. Aujourd'hui, la reconversion n'est pas mise en regard des besoins réels de la population. Plus particulièrement, des préoccupations portent sur les reconversions de lits aigus (souvent des lits C et D) non justifiés (et donc à peine financés), vers des lits A et Sp automatiquement justifiés à 80 % (et donc financés). L'administration reçoit par exemple des dossiers dans lesquels ces lits A et Sp sont après transférés par des hôpitaux généraux vers des hôpitaux psychiatriques moyennant compensation financière, ce qui entraîne une érosion progressive et structurelle du budget des moyens financiers des hôpitaux généraux, en particulier dans les volets B1 et B2.

Le moratoire est une mesure temporaire et conservatoire. Il laisse le temps de mener le travail d'étude qui doit aboutir à une programmation et à des règles de reconversion adaptées. Le Roi garde la possibilité d'autoriser à nouveau certaines reconversions, par type d'hôpital et par type de service, et de lever le blocage pour des reconversions internes ou des transferts entre hôpitaux au niveau national, par exemple pour rationaliser en réunissant de plus petits établissements.

Le chapitre 6 porte confirmation de deux arrêtés royaux concernant les rétributions et cotisations dues au Fonds budgétaire des matières premières et des produits. Il s'agit des arrêtés royaux du 26 mars 2024 et du 2 juillet 2025, qui concernent notamment les produits biocides et la notification des mélanges classés comme dangereux en raison de leurs effets sur la santé.

La loi du 21 décembre 1998 requiert la confirmation légale de tout arrêté royal qui impose de telles cotisations dans l'année qui suit sa publication.

Enfin, le chapitre 7 règle l'entrée en vigueur d'une série de dispositions. Les modifications terminologiques en matière de permanence médicale entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2027. La disposition relative au Conseil fédéral des professions paramédicales entrera en vigueur à une date à fixer par arrêté royal et au plus tard le 1^{er} juillet 2028, afin de ne pas perturber le fonctionnement du Conseil actuel. Les dispositions pénales entreront en vigueur à la même date que le nouveau Code pénal.

een overgangsmaatregel voorzien voor ziekenhuizen die al een erkenning hadden, maar nog geen vergunning voor ingebruikname.

II. — ALGEMENE BESPREKING

A. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) wijst erop dat de secretariaatsfunctie vanaf nu wordt waargenomen door de FOD Volksgezondheid. Is dat omdat er niet genoeg kandidaten te vinden zijn? Ook bij de kinesitherapeuten wordt het aantal leden die nodig zijn voor bepaalde commissies teruggebracht. Vormt het vinden van voldoende kandidaten een probleem?

In hoofdstuk drie worden een aantal nodige aanpassingen en modernisering doorgevoerd om tegemoet te komen aan de bestaande manier van werken. De beroepsvereniging van kinesitherapeuten heeft echter een aantal vragen bij deze aanpassingen. Er zijn vooral bezorgdheden over de preventieve functie van kinesitherapie. Er wordt verwezen naar het *Frailty Project*, een project waarbij gekeken wordt naar de kwetsbaarheid van ouderen en waarbij inspanningen worden gedaan om ouderen zo lang mogelijk in hun thuisomgeving te laten leven. Er wordt bijzondere aandacht geschonken aan voldoende beweging en valpreventie.

De kinesisten vrezen dat er door de voorliggende wetwijziging een verwijzingsvoorschrift nodig zal zijn voor het uitvoeren van een onderzoek, het analyseren van de gezondheidstoestand van de oudere, de kinesitherapeutische diagnose en het opmaken van een bilan, net zoals voor de preventieve taken die door de kinesitherapeuten worden verricht. Klopt dit? De spreekster meent dat voor populatiescreening, in samenwerking met lokale besturen of eerstelijnszones, deze zaken mogelijk moeten zijn zonder verwijzingsvoorschrift.

De spreekster heeft begrip voor het ingevoerde moratorium op het aantal A- en Sp-ziekenhuisbedden. Werd er reeds een tendens van onterechte reconversie naar A- en Sp-bedden waargenomen? Wordt er voldoende rekening gehouden met opschaalbaarheid van ziekenhuizen? Wat in geval van pandemie? Kunnen ziekenhuizen op korte tijd hun capaciteit voldoende vergroten? Wordt daarmee in de komende ziekenhuishervorming rekening gehouden?

En ce qui concerne le moratoire, une mesure transitoire est prévue pour les hôpitaux qui disposaient déjà d'un agrément, mais pas encore d'une autorisation de mise en service.

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Questions et observations des membres

Mme Frieda Gijbels (N-VA) souligne que la fonction de secrétariat sera désormais assurée par le SPF Santé publique. Ce changement est-il dû au nombre insuffisant de candidats? Du côté des kinésithérapeutes également, le nombre de membres requis pour certaines commissions sera revu à la baisse. Est-il, là aussi, compliqué de trouver suffisamment de candidats?

Le chapitre 3 vise à apporter une série de modifications et de modernisations nécessaires afin de s'aligner sur les pratiques actuelles. L'association professionnelle des kinésithérapeutes a toutefois soulevé plusieurs questions à cet égard. Elle s'inquiète surtout de la fonction préventive de la kinésithérapie et renvoie au *Frailty Project*, un projet qui examine la vulnérabilité des personnes âgées et qui s'efforce de leur permettre de vivre le plus longtemps possible dans leur environnement familial. Une attention particulière est également accordée dans ce cadre à une activité physique suffisante et à la prévention des chutes.

Les kinésithérapeutes craignent qu'après l'adoption de la modification législative à l'examen, une prescription de renvoi soit nécessaire pour effectuer un examen, analyser l'état de santé de la personne âgée, établir un diagnostic kinésithérapeutique et dresser un bilan, de même que pour les missions qu'ils accomplissent à titre préventif. Est-ce exact? L'intervenante estime que, dans le cadre du dépistage de la population, ces missions devraient pouvoir être menées sans prescription de renvoi en collaboration avec les pouvoirs locaux ou les zones de première ligne.

La membre comprend qu'un moratoire soit appliqué sur le nombre de lits d'hôpitaux de type A et Sp. Certains hôpitaux ont-ils déjà tendance à procéder à des reconversions injustifiées de lits en lits de type A et Sp? La capacité d'intensification de l'activité hospitalière a-t-elle été suffisamment prise en compte? *Quid* en cas de pandémie? Les hôpitaux seront-ils en mesure d'accroître suffisamment leur capacité en peu de temps? Cet aspect sera-t-il pris en compte dans la future réforme des hôpitaux?

Mevrouw Katleen Bury (VB) beaamt dat het voorliggende wetsontwerp een aantal logische en noodzakelijke technische aanpassingen bevat.

Bij de strafbepalingen bestaat er een duidelijk onderscheid tussen lichtere en zwaardere inbreuken. In het wetsontwerp worden 29 verschillende strafregimes allemaal onder “straf van niveau 1” gebracht. De spreker is van oordeel dat het onderscheid tussen de ernst van de verschillende gezondheidsinbreuken daardoor verdwijnt. Een overtreding waarvoor vandaag maximaal 100 of 200 euro boete mogelijk is, valt vanaf nu onder niveau 1. Het gaat bij niveau 1 om feiten die aanleiding konden geven tot een gevangenisstraf. De rechter heeft weliswaar beoordelingsvrijheid maar vroeger gaf de wetgever toch een duidelijke indicatie van de ernst van elk misdrijf. Nu valt alles onder “straf van niveau 1”. De voorspelbaarheid van de strafmaat neemt af. Een straf van niveau 1 houdt geen gevangenisstraf in, maar geldboetes tot 20.000 euro, werkstraffen, probatiestrafen, verbeurdverklaringen, geldstraffen. Er ontstaat onduidelijkheid.

De Raad van State wijst op het feit dat verschillende strafbepalingen slechts gedeeltelijk onder de federale bevoegdheid vallen. Voor de gemeenschapsbevoegdheden gelden de bestaande strafbepalingen, de gemeenschappen hebben immers hun regelgeving nog niet aangepast.

Dit houdt in dat er voor vergelijkbare regimes verschillende strafregimes gaan bestaan. Werd over deze problematiek overleg gepleegd met de gemeenschappen? Gaan de gemeenschappen hun regelgeving aanpassen? Of zal er een institutioneel kluwen komen waarin het voor burgers en zorgverleners nog complexer wordt om na te gaan welk sanctieregime van toepassing is?

Voor de spreker is het uitgangspunt van het wetsontwerp directe toegang voor kinesitherapie. In het wetsontwerp wordt bepaald dat enkel kinesitherapie mag uitgeoefend worden ten aanzien van de patiënten die op grond van een verwijsvoorschrift worden verwezen. De Koning kan de situaties, de bijzondere kwalificatiecriteria en de voorwaarden bepalen waarin kan worden afgeweken.

Het wetsontwerp voert eigenlijk de directe toegang niet in maar de Koning kan dat wel mogelijk maken in bepaalde gevallen, de Koning kan uitzonderingen vastleggen. In welke gevallen zal het verwijsvoorschrift

Mme Katleen Bury (VB) reconnaît que certaines modifications techniques apportées par le projet de loi à l'examen sont logiques et nécessaires.

Elle poursuit en indiquant que les dispositions pénales distinguent clairement les infractions mineures des infractions graves. Or, le projet de loi à l'examen prévoit de regrouper 29 régimes de sanctions différents dans une seule et même catégorie intitulée “peine de niveau 1”. L'intervenante estime que la distinction fondée sur la gravité des différentes infractions en matière de santé disparaîtra ainsi. Toute infraction passible aujourd'hui d'une amende maximale de 100 ou 200 euros relèvera désormais du niveau 1. Des faits qui pouvaient auparavant donner lieu à une peine d'emprisonnement seront désormais passibles d'une peine de niveau 1. Le juge disposera certes d'une certaine liberté d'appréciation, mais le législateur lui donnait auparavant une indication claire de la gravité de chaque infraction. Tout relèvera désormais du “niveau 1”. La prévisibilité du taux de la peine s'en trouvera ainsi réduite. Une peine de niveau 1 ne comporte pas de peine d'emprisonnement, mais peut consister en une amende pouvant atteindre 20.000 euros, une peine de travail, une peine de probation, une peine de confiscation ou une peine pécuniaire. Il en résulte un manque de clarté.

Le Conseil d'État souligne que plusieurs dispositions pénales ne relèvent qu'en partie des compétences de l'autorité fédérale. Pour ce qui est des compétences des Communautés, ce sont les dispositions pénales en vigueur qui continueront à s'appliquer, les Communautés n'ayant en effet pas encore revu leur réglementation.

Par conséquent, différents régimes de sanctions s'appliqueront désormais dans des situations comparables. Cette problématique a-t-elle été examinée en concertation avec les Communautés? Celles-ci modifieront-elles également leur réglementation? Ou les citoyens et les prestataires de soins seront-ils confrontés à un écheveau institutionnel qui rendra encore plus complexe l'identification du régime de sanctions applicable?

L'intervenante estime que l'objectif premier du projet de loi à l'examen est de permettre un accès direct à la kinésithérapie. Or, le texte prévoit que le kinésithérapeute ne pourra accomplir les actes visés que si les patients disposent d'une prescription de renvoi. Le Roi pourra définir les situations, les critères de qualification particuliers et les conditions permettant d'y déroger.

En réalité, le projet de loi à l'examen ne permettra pas d'accéder directement à la kinésithérapie, mais le Roi pourra autoriser cet accès direct dans certains cas et prévoir des exceptions. Dans quels cas la prescription

nodig zijn? Voor mevrouw Bury is het niet duidelijk of er nu wel of niet directe toegang is. Voor welke behandelingen zal een patiënt zonder verwijzvoorschrift naar een kinesist kunnen gaan? Gaat het om de behandeling zelf of gaat het om het volledige traject zoals dat in artikel 43, § 4, omschreven wordt?

Geldt die directe toegang ook voor uitgebreid kinesitherapeutisch onderzoek, het stellen van kinesitherapeutische diagnoses, het opmaken van het kinesitherapeutisch bilan, het effectief opstarten van de behandeling? Blijft voor bepaalde handelingen een verwijzvoorschrift nodig? De spreekster vindt in het wetsontwerp geen antwoord terug op deze vragen.

Is de directe toegang ook van toepassing op preventie? Of blijft voor de preventieve kinesitherapie een verwijzvoorschrift nodig? Wat wordt precies bedoeld met preventie? Gaat het enkel over gezondheidsbevordering in algemene zin? Of gaat het ook om preventieve screening, een preventieve behandeling?

In bijna alle Europese *Frailty Projecten* speelt de kinesitherapeut een centrale rol, zodat de kinesitherapeut een echte professional op het gebied van kinesitherapie wordt. Daarbij is rechtstreekse toegang zinvol, maar daarover zwijgt het wetsontwerp.

De spreekster vraagt verduidelijking bij de schrapping van het tweede lid van artikel 143 van de WUG-wet.

Mevrouw Bury begrijpt de achterliggende redenering bij het ingestelde moratorium op de ziekenhuisbedden. De hervorming van het ziekenhuislandschap is nog in voorbereiding en de minister wil vermijden dat ziekenhuizen vlak voor de hervorming nog veel gaan converteren. Toch eigent de uitvoerende macht zich weer een ruime bevoegdheid toe. De Koning bepaalt hoe lang het moratorium geldt, welke uitzonderingen van toepassing zijn, wanneer het moratorium wordt beëindigd. Wat is de concrete stand van zaken van de ziekenhuishervorming? Wanneer zal de minister daar klare wijn over schenken?

De minister wil vermijden dat er zich strategische positionering voordoet in de ziekenhuizen, daarom is er een standstill. Op basis van welke signalen of analyses gaat de minister over tot het instellen van een moratorium? De spreekster wijst erop dat er al in een aantal ziekenhuizen werd overgegaan tot de voorbereiding van een reconversie van ziekenhuisbedden.

de renvoi sera-t-elle nécessaire? Mme Bury estime qu'il n'apparaît pas clairement si cet accès sera direct ou non. Pour quels traitements un patient pourra-t-il consulter un kinésithérapeute sans prescription de renvoi? S'agira-t-il du traitement proprement dit ou de l'ensemble du parcours tel que décrit à l'article 43, § 4?

Cet accès direct s'appliquera-t-il également à l'examen kinésithérapeutique approfondi, à l'établissement d'un diagnostic kinésithérapeutique, à l'élaboration du bilan kinésithérapeutique et à l'initiation effective du traitement? Une prescription de renvoi restera-t-elle nécessaire pour certains actes? L'intervenante n'a pas trouvé de réponse à ces questions dans le projet de loi à l'examen.

L'accès direct sera-t-il étendu à la prévention? Ou une prescription de renvoi restera-t-elle nécessaire pour la kinésithérapie préventive? Que faut-il entendre exactement par "prévention"? S'agit-il uniquement de la promotion de la santé au sens large? Ou s'agit-il également d'un dépistage ou d'un traitement préventif?

Dans presque tous les *Frailty Projects* menés au niveau européen, le kinésithérapeute joue un rôle central, ce qui fait de lui un véritable professionnel dans le domaine de la kinésithérapie. Il serait pertinent à cet égard de permettre un accès direct à la kinésithérapie, mais le projet de loi n'en fait pas mention.

L'intervenante demande ensuite des précisions concernant la suppression de l'alinéa 2 de l'article 143 de la LEPSS.

Mme Bury comprend le raisonnement qui sous-tend l'application d'un moratoire sur les lits d'hôpitaux. La réforme du paysage hospitalier étant encore en préparation, le ministre souhaite éviter que les hôpitaux ne procèdent à de nombreuses reconversions juste avant cette réforme. Force est toutefois de constater que le pouvoir exécutif s'arroge une nouvelle fois un large pouvoir. C'est au Roi qu'il appartiendra de fixer la durée du moratoire, les exceptions applicables en la matière ainsi que la date de fin du moratoire. Où en est concrètement la réforme des hôpitaux? Quand le ministre fera-t-il preuve d'une transparence totale dans ce dossier?

Le ministre entend éviter tout positionnement stratégique au sein des hôpitaux, ce qui explique l'instauration d'un moratoire. Sur quels signaux ou sur quelles analyses le ministre a-t-il fondé cette mesure? L'intervenante souligne que certains hôpitaux sont déjà en train de préparer une reconversion de leurs lits.

De spreekster heeft een aantal bedenkingen bij de werkwijze van de regering bij hoofdstuk 6. Ook hier wordt opnieuw gevraagd om met terugwerkende kracht een koninklijk besluit te bekrachtigen. Het koninklijk besluit van 26 maart 2024, dat uiterlijk eind 2025 aan het Parlement had moeten worden voorgelegd voor bekrachtiging, ligt nu pas voor. De Raad van State is uitermate kritisch over deze werkwijze. Burgers en ondernemingen worden geacht termijnen strikt na te leven. Waarom kan de overheid dit niet? Welke maatregelen gaat de minister nemen opdat het Parlement niet telkens opnieuw, achteraf, deze zaken moet regulariseren?

De heer Daniel Bacquelaine (MR) vraagt verduidelijking over de netwerken van huisartsen. Is de vrijheid van organisatie van huisartsen binnen deze netwerken gewaarborgd? Wanneer er een samenwerkingsverband wordt bepaald, dan loert het gevaar van bijkomende bureaucratie en administratieve complexiteit immers om de hoek. Kan de minister garanderen dat de naamswijziging de administratieve lasten niet gaat vergroten?

De spreker begrijpt dat de rol van de kinesisten wordt vergroot. Er komt een meer directe toegang. Maar hoe gaat de rol van de huisarts als zorgcoördinator behouden blijven? Deze rol mag niet aangetast worden door de grotere autonomie van de paramedische beroepen.

De spreker gaat in op de problematiek van de reconversie van de A-ziekenhuisbedden en de Sp-ziekenhuisbedden. De pathologieën die deze bedden betreffen nemen sterk toe en zullen blijven toenemen. De heer Bacquelaine begrijpt de geest van het moratorium. Een ziekenhuis dat echter een medisch verantwoord reconversieproject heeft, mag daardoor niet getroffen worden. Hoe wordt een ziekenhuis in dat geval gehoord?

De heer Patrick Prévot (PS) merkt op dat de onwettige uitoefening van kinesitherapie wordt verduidelijkt middels artikel 10. Met betrekking tot dat specifieke artikel komt de spreker terug op de osteopaten, wier beroep tot op heden nog steeds niet gereguleerd is, ingevolge de beslissing van de minister om de wet-Colla op te heffen. Maar zonder regelgeving geen bescherming van de patiënt.

Gaat de minister ter zake initiatieven nemen? Welke gevolgen zullen de vandaag voorgestelde wijzigingen, met name artikel 12, hebben voor zorgverleners, in het bijzonder osteopaten en kinesitherapeuten-osteopaten?

Elle émet ensuite plusieurs réserves sur la manière dont le gouvernement a traité le chapitre 6, où il est une nouvelle fois demandé de confirmer un arrêté royal avec effet rétroactif. L'arrêté royal du 26 mars 2024, qui aurait dû être soumis au Parlement pour confirmation au plus tard à la fin de 2025, n'est présenté que maintenant. Le Conseil d'État a fortement critiqué cette manière de faire. Pourquoi les autorités ne peuvent-elles pas respecter scrupuleusement les délais alors que les citoyens et les entreprises sont tenus de le faire? Quelles mesures le ministre compte-t-il prendre pour que le Parlement ne soit pas systématiquement contraint de régulariser ces situations a posteriori?

M. Daniel Bacquelaine (MR) demande des précisions concernant les réseaux de médecins généralistes. La liberté d'organisation des généralistes au sein de ces réseaux sera-t-elle garantie? La définition d'un cadre de coopération comporte généralement un risque de bureaucratie accrue et de complexité administrative supplémentaire. Le ministre peut-il garantir que la modification de dénomination n'alourdira pas la charge administrative?

L'intervenant comprend que le rôle des kinésithérapeutes soit renforcé. Un accès plus direct sera prévu. Mais comment le rôle du médecin généraliste en tant que coordinateur des soins sera-t-il maintenu? Ce rôle ne peut pas être affaibli par le renforcement de l'autonomie des professions paramédicales.

L'intervenant aborde ensuite la problématique de la reconversion des lits hospitaliers du type A et du type Sp. Les pathologies liées à ces catégories de lits connaissent une forte augmentation et cette tendance s'accroîtra. M. Bacquelaine comprend l'esprit du moratoire. Toutefois, celui-ci ne peut pas avoir pour effet de pénaliser un hôpital qui mène un projet de reconversion médicalement justifié. Comment sera-t-il tenu compte des arguments qui seront avancés par cet hôpital?

M. Patrick Prévot (PS) remarque que l'exercice illégal de la kinésithérapie est précisé conformément à l'article 10. Et sur cet article précis, l'intervenant revient sur la question des ostéopathes, dont la profession n'est aujourd'hui toujours pas réglementée, suite à la décision du ministre d'abroger la loi Colla. C'est une absence de réglementation qui entraîne une absence de protection pour les patients.

Est-ce que le ministre va prendre des initiatives en la matière? Quelles seront les conséquences des modifications soumises aujourd'hui, en particulier avec l'article 12, sur les prestataires et en particulier sur les ostéopathes et les kiné-ostéopathes?

Wat artikel 13 betreft, wijkt een koninklijk besluit af van het advies van de Federale Raad voor de Kinesithérapie. Het moest worden bekendgemaakt samen met een verslag aan de Koning dat de afwijkingen tussen het koninklijk besluit en het advies rechtvaardigt, en met de tekst van dat advies. Die bepaling valt voortaan weg.

Dat verbaast de heer Prévot. Waarom zou men die bepaling opheffen terwijl ze uiteindelijk alleen maar meer transparantie mogelijk maakt? De spreker is van mening dat de minister zich met de opheffing van die bepaling mispakt en de verkeerde kant van de geschiedenis kiest.

De heer Prévot gaat in op de aanpassing van de strafrechtelijke bepalingen in de diverse gezondheids-wetgevingen aan de sancties die zijn vastgelegd in het nieuwe Strafwetboek zoals opgenomen in het in februari 2024 aangenomen wetsontwerp. Er is de kwestie van de retroactieve inwerkingtreding zoals vastgelegd in het raam van dat wetsontwerp van februari 2024, terwijl de inwerkingtreding van het nieuwe Strafwetboek inmiddels werd uitgesteld. Wat betekent dat concreet voor de rechtszekerheid? Er is een discrepantie wat de datum van inwerkingtreding betreft.

De Raad van State stelt dat de aanpassing aan het nieuwe Strafwetboek gedeeltelijk onder de bevoegdheid van de deelstaten valt. De heer Prévot heeft de indruk dat er in het wetsontwerp geen rekening is gehouden met dat advies. De toelichtingen die aan de Raad van State zijn gegeven, volstaan duidelijk niet. Krachtens artikel 11 van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 zijn de gemeenschappen en gewesten bevoegd voor het bijzonder strafrecht in de aangelegenheden die onder hun bevoegdheid vallen. Het is dan ook aan de gemeenschappen en gewesten, en niet aan de federale overheid, om de strafrechtelijke bepalingen van de gezondheidswet van 1 september 1945 aan te passen aan het nieuwe Strafwetboek, voor zover het hun materiële bevoegdheden betreft. De spreker vraagt nadere uitleg.

Wat artikel 48 betreft, over de invoering van een tijdelijk moratorium tot het einde van de legislatuur voor bestaande, erkende en in gebruik genomen bedden in zowel diensten voor neuropsychiatrie voor observatie en behandeling van volwassen patiënten (kenletter A) als gespecialiseerde diensten voor behandeling en revalidatie (kenletter Sp) van algemene en psychiatrische ziekenhuizen, heeft de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (FRZV) op 28 mei 2026 een advies uitgebracht.

Hoewel de FRZV er begrip voor heeft dat men liever niet te vroeg vooruitloopt op de toekomstige hervorming en ongewenste begrotingsverschuivingen wil voorkomen, vinden de meeste van zijn leden een moratorium in deze

Au niveau de l'article 13, jusqu'ici, un arrêté royal s'écarte de l'avis donné par le Conseil national de la kinésithérapie. Il devait être publié avec un rapport au Roi motivant les divergences entre l'arrêté royal et l'avis, ainsi qu'avec le texte de ce dernier. Cette disposition est supprimée.

L'intervenant s'étonne de cette suppression. Pourquoi supprimer cette disposition qui, in fine, ne permet qu'une chose, davantage de transparence? M. Prévot estime que le ministre va dans le mauvais sens et dans le mauvais sens de l'histoire en supprimant cette disposition.

M. Prévot aborde l'adaptation des dispositions pénales contenues dans les diverses législations de santé aux sanctions prévues dans le nouveau code pénal entré en vigueur en février 2024. Il y a la question de l'entrée en vigueur, rétroactive, fixée dans le cadre de ce projet de loi en février 2024, alors que l'entrée en vigueur du nouveau code pénal a été postposée. Qu'en est-il concrètement en termes de sécurité juridique? Il y a une distorsion au niveau des entrées en vigueur.

Le Conseil d'État dit que l'adaptation au nouveau code pénal relève partiellement de la compétence des entités fédérées. M. Prévot a l'impression qu'il n'a pas été tenu compte de cet avis dans le projet de loi. Les explications fournies au Conseil d'État ne suffisent manifestement pas. En vertu de l'article 11 de la loi spéciale du 8 août 1980, les communautés et les régions sont compétentes pour le droit pénal spécial dans les matières qui relèvent de leur compétence. Par conséquent, il revient aux communautés et aux régions, et non à l'autorité fédérale, d'adapter les dispositions pénales de la loi sanitaire du 1^{er} septembre 1945 au nouveau Code pénal en ce qui concerne leurs compétences matérielles. L'intervenant demande plus d'explications.

Au niveau de l'article 48, établissement d'un moratoire temporaire jusqu'à la fin de la législature pour des lits existants agréés et utilisés au sein de services neuropsychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes (index A), ainsi qu'au sein de services spécialisés pour le traitement et la réadaptation (index Sp) des hôpitaux généraux ou psychiatriques, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) a donné un avis le 28 mai 2026.

Bien que le CFEH comprenne la préoccupation visant à éviter des anticipations sur la réforme future et des déplacements budgétaires indésirables, la majorité de ses membres estime qu'un moratoire n'est ni souhaitable

fase wenselijk noch opportuun. Een kleine minderheid is echter van mening dat een moratorium nodig is om de hervorming te kunnen doorvoeren. Als alternatief vraagt de FRZV dat zijn adviezen over zogeheten erkenningen in cascade en het wegnemen van belemmeringen voor fusies worden omgezet in concreet beleid.

Dat zou al een eerste belangrijke stap zijn op weg naar een alomvattende hervorming van het ziekenhuislandschap. Door een moratorium in te stellen, zou men op onaanvaardbare wijze veel te vroeg vooruitlopen op een hervorming waarvan het definitieve raamwerk nog niet is vastgesteld en waarvoor nog geen wetwijzigingen zijn voorgesteld. Bovendien zou een moratorium het risico met zich brengen dat het zorgaanbod niet meer kan worden afgestemd op de behoeften van de bevolking op regionaal niveau, wat de toegankelijkheid voor de patiënt nog verder zou schaden.

Het zou ook meer doorgedreven samenwerking tussen ziekenhuizen in de weg kunnen staan. Veel ziekenhuizen zijn bovendien nog eerdere beleidsmaatregelen aan het uitrollen door middel van fusies en een herschikking van hun aanbod. Een moratorium zou die lopende initiatieven onnodig kunnen vertragen. Overigens is de programmering voor Sp-bedden momenteel verzadigd, waardoor reconversies nu al onmogelijk zijn.

Waarom gaat de minister in tegen het advies van de FRZV en tegen de standpunten van de sector?

Mevrouw Natalie Eggermont (PVDA-PTB) kan zich enigszins vinden in het moratorium op de reconversie van ziekenhuisbedden. Sinds de aankondiging van de hervorming van de ziekenhuizen heerst er chaos op het terrein. Ziekenhuisdirecties werken aan zaken zonder dat er een duidelijk kader voor is. Nadat voormalig minister De Block deze hervorming aankondigde, kwam er een studie van het KCE over het ziekenhuislandschap.

De aankondiging van de hervorming van de ziekenhuizen veroorzaakte een schokgolf die de ziekenhuiswereld op zijn grondvesten doet daveren. Ziekenhuizen anticiperen op wat er gaat komen. Posities worden ingenomen, allianties worden gesmeed. Het is belangrijk dat deze hervorming stoelt op studie- en cijferwerk, anders doet iedereen maar wat in het wilde weg.

De studie van het KCE dateert van 2017. Men kan nu vaststellen dat ziekenhuizen acute bedden omzetten in A-bedden en Sp-bedden en die doorgeven aan psychiatrische ziekenhuizen tegen vergoeding. Beschikt de ministers over cijfers over deze reconversie? Komt dit veel voor? Over hoeveel bedden gaat het dan? Over welke

ni opportuun à ce stade. Une minorité restreinte estime cependant qu'un moratoire est nécessaire pour permettre la mise en œuvre de la réforme. Comme alternative, le CFEH demande que ses avis relatifs aux agréments en cascade et à la suppression des obstacles aux fusions soient traduits en politiques concrètes.

Cela constituerait déjà une première étape importante vers une réforme globale du paysage hospitalier. L'instauration d'un moratoire constituerait une anticipation inacceptable d'une réforme dont le cadre définitif n'a pas encore été fixé et pour laquelle aucune adaptation législative n'a encore été proposée. Par ailleurs, un moratoire risquerait d'empêcher l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population au niveau régional, ce qui nuirait davantage à l'accessibilité pour les patients.

Il pourrait également bloquer des collaborations plus poussées entre hôpitaux. De nombreux hôpitaux sont en outre encore en train de mettre en œuvre des dispositions politiques antérieures via des fusions et une recomposition de leurs offres. Un moratoire risquerait de ralentir inutilement ces initiatives en cours. Il convient également de noter que pour les lits du type Sp, la programmation est actuellement saturée, ce qui rend déjà impossibles les reconversions.

Pourquoi est-ce que le ministre va à l'encontre de l'avis du CFEH et à l'encontre du secteur?

Mme Natalie Eggermont (PVDA-PTB) approuve en partie le moratoire sur la reconversion des lits hospitaliers. Depuis l'annonce de la réforme des hôpitaux, la confusion règne sur le terrain. Les directions des hôpitaux doivent agir sans disposer d'un cadre clairement défini. Après l'annonce de cette réforme par l'ancienne ministre De Block, une étude du KCE sur le paysage hospitalier a été publiée.

L'annonce de la réforme a provoqué une onde de choc qui a fait trembler le secteur hospitalier sur ses bases. Les hôpitaux anticipent les mesures qui vont être prises. Des stratégies se mettent en place et des rapprochements s'opèrent. Il importe que la réforme à l'examen repose sur des analyses et des données chiffrées, sans quoi les actions se déploieront sans aucune cohérence.

L'étude du KCE date de 2017. On constate aujourd'hui que des hôpitaux convertissent des lits aigus en lits A et en lits Sp, qu'ils cèdent ensuite à des hôpitaux psychiatriques contre rémunération. Les ministres disposent-ils de chiffres relatifs à ces reconversions? Ce phénomène est-il fréquent? De combien de lits s'agit-il? De quels

budgetten gaat het? Is er sprake van een koehandel met ziekenhuisbedden?

De spreekster vernam dat sommige ziekenhuizen bevallingen overkopen van andere ziekenhuizen. Aangezien de materniteiten uit het akkoord zijn gehaald, zal deze praktijk misschien ophouden.

Het is moeilijk hierover iets zinnigs te zeggen zonder concrete cijfers. De spreekster meent dat er blindgevaaren wordt op het vlak van effectieve beddenbehoeften, capaciteit en programmatie. De minister had het over de actualisatie van de programmatie. Wordt dat concreet gepland? De KCE-studie over de behoeften inzake bedden dateert immers van 2017. Komt er een actualisatie van deze studie? Er zijn wel tekorten bij de bedden in de psychiatrie en de revalidatiebedden.

In de psychogeriatric zijn momenteel 524 van de 1530 geprogrammeerde bedden niet ingevuld. Is het dan verstandig om daar een moratorium op in te voeren? Mevrouw Eggermont vindt het moeilijk om dat specifiek te beoordelen.

Worden de reeds geprogrammeerde bedden nog verder ingevoerd? En welke impact heeft dat dan op het Budget Financiële Middelen (BFM)?

De vinger wordt wel op de wonde gelegd. De ziekenhuissector is in gang geschoten sinds de aankondiging van de ziekenhuishervorming. En nu holt het Parlement achterop met een wettelijk kader nadat er op het terrein al actie wordt ondernomen. Het door de minister voorgestelde moratorium is dan ook niets meer dan een druppel op een hete plaat en gaat de chaos op het terrein niet oplossen.

De spreekster betreurt dat er enkel over een moratorium wordt gesproken. Er is veel bezorgdheid bij het personeel. Ziekenhuisdirecties lopen voorop en kondigen al sluitingen aan van bepaalde afdelingen. De spreekster beseft dat er nog niets beslist is maar het personeel wordt geconfronteerd met allerlei acties van directies zonder dat er een kader is over personeelsmutaties, over het veranderen van shiften. Het personeel blijft in het ongewisse. Komt er een nationaal kader, in overleg met de sociale partners of komen er hervormingen per ziekenhuis? Er is nog veel onduidelijkheid. De geest van wat vandaag voorligt is goed, de spreekster dringt erop aan dat er klare wijn wordt geschonken over de op stapel zijnde hervormingen die voor grote onrust bij het personeel zorgen.

Wat zijn de plannen van de minister? Kan de minister zeggen of er een nationaal kader voor de hervormingen

budgets s'agit-il? Peut-on parler d'un "marchandage" de lits hospitaliers?

L'intervenante a appris que certains hôpitaux "rachètent" des accouchements à d'autres hôpitaux. Étant donné que les maternités ont été retirées de l'accord, cette pratique cessera peut-être.

L'absence de données chiffrées concrètes complique l'élaboration d'une analyse pertinente. L'intervenante estime que l'on ne sait pas où on va en ce qui concerne les besoins réels de lits, de capacité et de programmation. Le ministre a évoqué l'actualisation de la programmation. Est-elle concrètement planifiée? L'étude du KCE sur les besoins en lits date en effet de 2017. Sera-t-elle mise à jour? Il existe bien des pénuries de lits en psychiatrie et de lits de revalidation.

En psychogériatrie, 524 des 1530 lits programmés ne sont actuellement pas pourvus. Est-il dès lors judicieux d'y appliquer un moratoire? Mme Eggermont souligne la difficulté de se prononcer spécifiquement à ce sujet.

La mise en place des lits déjà programmés sera-t-elle poursuivie? Et quel impact cela aura-t-il sur le Budget des moyens financiers (BMF)?

On appuie cependant là où ça fait mal. Alors que le secteur hospitalier s'est mis en mouvement depuis l'annonce de la réforme, le Parlement tente à présent de rattraper ce mouvement en établissant un cadre légal après que des mesures ont déjà été prises sur le terrain. Le moratoire proposé par le ministre ne résoudra donc rien et n'atténuera pas la confusion qui règne sur le terrain.

L'intervenante regrette que les débats portent exclusivement sur le moratoire. Une grande inquiétude règne au sein du personnel. Les directions hospitalières ont pris les devants et annoncent déjà la fermeture de certains services. L'intervenante reconnaît que rien n'a encore été décidé, mais le personnel est confronté à diverses mesures prises par les directions en l'absence de cadre pour les mutations du personnel ou la modification des horaires. Le personnel reste dans l'incertitude. Un cadre national sera-t-il établi, en concertation avec les partenaires sociaux, ou des réformes seront-elles prévues pour chaque hôpital individuellement? Beaucoup d'éléments demeurent flous. L'esprit du texte à l'examen est bon, selon l'intervenante, mais elle demande avec insistance que la clarté soit faite sur les réformes en préparation, qui inquiètent vivement le personnel.

Quelles sont les intentions du ministre? Le ministre peut-il indiquer s'il y aura un cadre national pour ces

komt? De spreekster pleit voor een brede standstill op hervormingen totdat het kader er is. Nu gaat het slechts om een moratorium op ziekenhuisbedden.

ACV Puls heeft deze week aan de alarmbel getrokken. Uit hun studie blijkt dat vier op tien werknemers in de zorg overwegen om de sector te verlaten. Er heerst een nijpend personeelstekort, werknemers doen structureel overwerk en moeten op het laatste nippertje inspringen om tekorten op te vangen.

Eén op de drie zorgmedewerkers werkt elke week extra met als gevolg een gigantische impact op hun persoonlijk leven en gezinsleven. Sommige mensen hebben honderden uren die ze gewoon niet meer kunnen recupereren. Mensen gaan in het rood en vallen uit. Meer dan de helft gaat ziek werken. Bij de werknemers tussen 25 en 35 jaar overwegen zes van de tien te stoppen.

Maar deze jonge werknemers vormen wel de toekomst van de sector. Er is dus een fundamenteel probleem. De sector blijft overeind bij gratie van mensen die veel meer doen dan van hen verwacht mag worden. Wanneer dan nog een ziekenhuishervorming als een zwaard van Damocles boven het hoofd hangt van deze werknemers, dan zal de uitstroomintentie nog vergroten. De onduidelijkheid over de ziekenhuishervorming moet weggenomen worden.

De minister gaat eerstdaags het gesprek aan met zijn collega-ministers over een besparing van 10 miljard euro. In de sector is daar grote onrust over. Beseft de minister dat er nu moet geïnvesteerd worden in de zorgsector?

Mevrouw Carmen Ramlot (Les Engagés) is ingenomen met de doorbraken die voor de kinesitherapeuten op stapel staan; de tekst brengt de definitie van het kinesitherapieberoep bij de tijd en doet ze nader aansluiten bij de realiteit. Het wetsontwerp erkent ten volle het klinische redeneren van de kinesitherapeut, zijn diagnosestelling en de reikwijdte van zijn bevoegdheden, naast de fundamentele rol die hij op het vlak van eerstelijnspreventie speelt, wat echt een belangrijke ontwikkeling is.

Ons gezondheidszorgstelsel moet meer inzetten op preventie, vroegtijdige opsporing, maar ook op een snelle behandeling van functieproblemen. En daarin hebben kinesitherapeuten vast en zeker hun plaats. Het wetsontwerp opent in sommige situaties de mogelijkheid tot rechtstreekse toegang – dus zonder medisch

réformes? L'intervenante préconise de suspendre ces réformes, dans une large mesure, tant que ce cadre n'aura pas été établi. À ce stade, il n'est question que d'un moratoire sur les lits hospitaliers.

Le syndicat ACV Puls a tiré la sonnette d'alarme cette semaine. Selon l'étude qu'il a réalisée, quatre travailleurs sur dix envisagent de quitter le secteur des soins alors que celui-ci est confronté à une pénurie aiguë de personnel: les travailleurs prestent systématiquement des heures supplémentaires et sont appelés à combler les déficits de personnel au dernier moment.

Un tiers des travailleurs de ce secteur effectue toutes les semaines des heures supplémentaires qui ont des effets considérables sur leur vie personnelle et familiale. Certains cumulent des centaines d'heures supplémentaires qu'ils ne parviennent plus à récupérer. Le personnel s'épuise et tombe malade. Plus de la moitié des travailleurs travaillent même lorsqu'ils sont malades. Six travailleurs de 25 à 35 ans sur dix envisagent de quitter ce secteur.

Or, ces jeunes travailleurs incarnent l'avenir de ce secteur. Il existe donc un problème majeur. Ce secteur subsiste grâce aux personnes qui accomplissent nettement plus que ce que l'on peut raisonnablement attendre d'elles. Si, l'on ajoute une réforme hospitalière qui planera comme une épée de Damoclès au-dessus de ces travailleurs, une proportion encore plus importante de ceux-ci voudra quitter ce secteur. L'incertitude entourant la réforme hospitalière doit être levée.

Le ministre rencontrera prochainement ses pairs pour discuter d'une économie de 10 milliards d'euros. Cette perspective suscite une grande inquiétude dans le secteur. Le ministre est-il conscient de la nécessité d'investir dès à présent dans le secteur des soins?

Mme Carmen Ramlot (Les Engagés) salue les avancées prévues pour les kinésithérapeutes, parce que c'est un texte qui modernise enfin la définition de l'exercice de l'art de la kinésithérapie, afin que cela corresponde davantage à la réalité de terrain. Le projet de loi reconnaît pleinement le raisonnement clinique du kinésithérapeute, son diagnostic et l'étendue de ses compétences, ainsi que son rôle fondamental en matière de prévention de première ligne. Et ça, c'est vraiment une évolution qui est importante.

Notre système de santé doit davantage miser sur la prévention, la détection précoce, mais aussi la prise en charge rapide des troubles fonctionnels. Les kinésithérapeutes ont d'ailleurs toute leur place dans cette évolution. Le projet de loi ouvre la possibilité de recourir dans certaines situations à un accès direct, sans

voorschrift –, wanneer de door de minister vast te stellen voorwaarden dat toestaan. Dat is een zeer pragmatische evolutie, die volledig spoort met het voorstel van resolutie betreffende het opwaarderen van het beroep van kinesitherapeut (DOC 56 1184/001).

Mevrouw Ramlot pleit voor een betere erkenning van de rol van kinesithérapie in de preventie, maar ook voor directe toegang tot zorg in situaties waarin dat nodig is. De doelstelling ervan is eenvoudig: ervoor zorgen dat de patiënten sneller worden behandeld, gemiste kansen voorkomen, de druk op de spreekkamers waar nodig verlichten en de vaardigheden van elke gezondheidszorgbeoefenaar benutten.

Daarmee wordt de rol van de arts evenwel niet in vraag gesteld. Het gaat er integendeel om de complementariteit tussen de zorgverleners in het belang van de patiënt te versterken. Maar die evolutie zal uiteraard gepaard moeten gaan met een duidelijk kader, met waarborgen inzake zorgkwaliteit en een passende erkenning van het beroep.

Voor wanneer staat de inwerkingtreding gepland van het koninklijk besluit dat de nadere regels van deze nieuwe maatregel bevat en waarover overleg is gepleegd tussen artsen en kinesitherapeuten?

Het wetsontwerp bepaalt dat de Federale Raad voor de Apothekers voortaan moet worden geraadpleegd vóór elke aanpassing van de regels inzake het zelfstandig voorschrijven van geneesmiddelen door zowel verpleegkundigen als vroedvrouwen. Dat is een uitstekende zaak. Apothekers zijn de deskundigen inzake geneesmiddelen en op het vlak van voorschriften, geneesmiddelenveiligheid, wisselwerkingen, contra-indicaties of juist gebruik kunnen ze hun kostbare ervaring inbrengen.

Door die Federale Raad bij die beslissing te betrekken, wordt de veiligheid van de patiënten bijkomend gewaarborgd. Daarmee wordt de manier waarop de competenties van de andere zorgverleners evolueren, uiteraard niet in vraag gesteld, maar wordt er integendeel over gewaakt dat die evoluties tot stand komen in een daadwerkelijk overleg waarin elk zorgberoep zijn eigen expertise inbrengt. Kan de minister bevestigen dat die raadpleging van de Federale Raad voor de Apothekers stelselmatig en vroeg genoeg zal plaatsvinden, zodat zijn advies daadwerkelijk een impact kan hebben op de toekomstige koninklijke besluiten inzake voorschrijfbevoegdheden?

De bepalingen uit het wetsontwerp zijn gericht op een betere erkenning van de vaardigheden van elke gezondheidszorgbeoefenaar en op een betere en modernere organisatie van de eerstelijnszorg. Die evolutie

prescription médicale préalable, quand les conditions qui seront fixées par le ministre le permettront. Cette évolution est très pragmatique, pleinement cohérente avec la proposition de résolution visant de revaloriser la fonction de kinésithérapeute (DOC 56 1184/001).

Mme Ramlot plaide pour une meilleure reconnaissance du rôle de la kinésithérapie dans la prévention, mais aussi dans un accès direct aux soins dans les situations qui sont appropriées. L'objectif est simple, permettre aux patients d'être pris en charge plus rapidement, éviter des pertes de chance et désengorger les consultations médicales lorsque cela est pertinent, et utiliser les compétences de chaque professionnel de la santé.

Cela ne remet pas en cause le rôle du médecin. Il s'agit, au contraire, de renforcer la complémentarité entre les professionnels de la santé, et cela dans l'intérêt du patient. Mais cette évolution devra naturellement s'accompagner d'un cadre clair, de garanties en matière de qualité de soins et d'une juste reconnaissance de la profession.

À quel moment l'arrêté royal qui prévoit les modalités de cette nouvelle mesure et qui a fait l'objet d'une concertation entre les médecins et les kinésithérapeutes entrera en vigueur?

Le projet de loi prévoit désormais que le Conseil fédéral des pharmaciens soit consulté avant toute adaptation des règles relatives à la prescription autonome de médicaments par les infirmiers, mais également par les sage-femmes. C'est une excellente disposition. Les pharmaciens sont les experts du médicament et leur expertise est précieuse lorsqu'il est question de prescriptions, de sécurité médicamenteuse, d'interactions, de contre-indications ou du bon usage du médicament.

Associer ce Conseil fédéral à cette décision est une garantie supplémentaire pour la sécurité des patients. Il ne s'agit évidemment pas de remettre en question l'évolution des compétences des autres professionnels de santé, mais de veiller à ce que ces évolutions se construisent dans une véritable concertation où chaque profession apporte sa propre expertise. Est-ce que le ministre peut confirmer que cette consultation du Conseil fédéral des pharmaciens interviendra de manière systématique et suffisamment en amont afin que son avis puisse réellement influencer les futurs arrêtés royaux relatifs aux compétences de prescription?

Ces dispositions vont dans le sens d'une meilleure reconnaissance des compétences de chacune et de chacun, d'une meilleure organisation qui sera plus moderne pour les soins de première ligne. C'est une évolution que

kan op de volle steun van mevrouw Ramlot rekenen. Het gezondheidszorgstelsel zal de uitdagingen van de komende decennia enkel kunnen aangaan wanneer vertrouwen wordt gesteld in de competenties van de respectieve gezondheidszorgberoepen.

Met de valorisering van de kinesitherapeuten en de volwaardige erkenning van de expertise van de apothekers wordt voor het ene beroep niet méér opgekomen dan voor het andere, maar wordt gepleit voor een efficiëntere, toegankelijker en veiligere organisatie van de zorg in het belang van de patiënt.

De heer Jan Bertels (Vooruit) belicht twee topics uit het wetsontwerp waarover de Vooruitfractie zeer tevreden is. In de eerste plaats steunt de Vooruitfractie de maatregelen die meer efficiëntie en modernisering beogen. Een efficiëntieoefening met betrekking tot de werking van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen is zeker nuttig. Ook de werking van de verschillende federale raden wordt efficiënter. De duurtijd van hun mandaat zal nu zes jaar bedragen, wat goed is voor de continuïteit van de werking van de raden.

Voorts worden de bepalingen met betrekking tot de kinesitherapie gemoderniseerd. De nieuwe omschrijving van de kinesitherapeutische handelingen is gebaseerd op actuele kennis, bijvoorbeeld met betrekking tot de manuele handelingen. De voorgestelde wijziging maakt het mogelijk de nieuwste ontwikkelingen in de kinesitherapie te volgen, eerder dan dat er een exacte lijst van handelingen wordt gegeven. Het is ook zeer goed dat de notie van preventie uitdrukkelijk wordt opgenomen in de taakomschrijving van de kinesitherapeut.

In het wetsontwerp wordt ook een wettelijke basis voorzien voor de directe toegang tot de kinesitherapie. Het is een goede zaak dat er nu een kinesitherapeutisch onderzoek aan de basis zal liggen van elke verdere kinesitherapeutische behandeling. Over de wettelijke basis voor de directe toegang is er al veel overleg geweest tussen de kinesisten en de artsen. Kan de minister wat meer toelichting geven over de adviezen die hij heeft gevraagd? Kan de minister tevens een tijdlijn geven voor het koninklijk besluit dat de directe toegang zal omkaderen?

Het tweede grote topic dat belangrijk is voor Vooruit, is het moratorium op het aantal ziekenhuisbedden van het type A of Sp. Het is een tijdelijke en bewarende maatregel, die toch wel noodzakelijk is. Men stelt vandaag namelijk een tendens in de ziekenhuizen vast om de reconversie van niet-verantwoorde C- en D-bedden in A- en Sp-bedden aan te vragen. Ziekenhuizen doen dit om puur financiële redenen en niet vanuit de noden voor de volksgezondheid.

l'intervenante soutient pleinement. Le système de santé ne pourra relever les défis des prochaines décennies qu'en faisant confiance aux compétences de chacune des professions de santé.

Valoriser les kinésithérapeutes et reconnaître pleinement l'expertise des pharmaciens, ce n'est pas défendre une profession plus qu'une autre, c'est défendre une organisation des soins plus efficace, plus accessible et plus sûre, et cela dans l'intérêt des patients.

M. Jan Bertels (Vooruit) met en lumière deux aspects du projet de loi que son groupe salue tout particulièrement. Premièrement, le groupe Vooruit soutient les mesures visant à renforcer l'efficacité du système et à le moderniser. Les efforts d'optimisation du fonctionnement de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sont assurément utiles. Les différents conseils fédéraux gagneront eux aussi en efficacité. La durée de leur mandat est désormais fixée à six ans, ce qui favorisera la continuité de leurs travaux.

Par ailleurs, les dispositions relatives à la kinésithérapie sont modernisées. La nouvelle définition des actes de kinésithérapie repose sur les connaissances actuelles, notamment en ce qui concerne les actes manuels. La modification proposée permettra de suivre les évolutions les plus récentes de la kinésithérapie plutôt que d'établir une liste précise des actes concernés. Il est aussi particulièrement positif que la notion de prévention soit intégrée de manière explicite dans la définition des tâches du kinésithérapeute.

Le projet de loi prévoit également une base légale pour l'accès direct à la kinésithérapie. Il est judicieux qu'un examen kinésithérapeutique constitue désormais le point de départ de tout traitement ultérieur. La base légale relative à l'accès direct a déjà fait l'objet de nombreuses concertations entre les kinésithérapeutes et les médecins. Le ministre pourrait-il fournir davantage d'explications sur les avis qu'il a sollicités à cet égard? Pourrait-il aussi communiquer un calendrier concernant l'arrêté royal qui définira les modalités de cet accès direct?

Le deuxième aspect important pour Vooruit concerne le moratoire sur le nombre de lits d'hôpitaux du type A ou Sp. Il s'agit d'une mesure temporaire et conservatoire qui n'en reste pas moins nécessaire. En effet, on constate actuellement dans les hôpitaux une tendance à demander la reconversion de lits C et D qui ne se justifient plus en lits A et Sp. Ces reconversions répondent à des considérations purement financières et non aux besoins de santé publique.

In de wettekst staat dat de maatregel uiterlijk tot het einde van de huidige legislatuur geldt. Heeft de minister zicht op een iets concretere timing? En klopt het dat de voorziene overgangperiode geldt voor ziekenhuizen die nu reeds bezig zijn met fusieoperaties? Zijn er, tot slot, reeds oefeningen bezig met de deelstaten met betrekking tot de herziening van de programmatie voor de A-, de K- en de Sp-bedden?

Mevrouw Nahima Lanjri (cd&v) merkt op dat een groot deel van het wetsontwerp technische aanpassingen betreft, maar dat er ook enkele belangrijke nieuwe elementen zijn opgenomen. Deze zullen zorgen voor een verdere modernisering van de gezondheidszorg, wat de cd&v-fractie toejuicht.

De spreekster is zeer tevreden dat er een wettelijke basis wordt gecreëerd voor de rechtstreekse toegang tot de kinesithérapie. De cd&v-fractie heeft hierop aangedrongen tijdens de regeringsonderhandelingen.

Wanneer zal het uitvoeringsbesluit worden genomen, zodat de maatregel ook voelbaar zal zijn op het terrein? In een recent persbericht van de minister staat te lezen dat het uitvoeringsbesluit er wellicht in 2027 komt. Kan de minister wat specifieker zijn? Wanneer in 2027 wordt het besluit verwacht?

Het advies van de Federale Raad voor Kinesithérapie bevatte opmerkingen over de aanpassing van artikel 43 van de wet inzake de uitoefening van gezondheidszorgberoepen. *Dry needling* was in het advies opgenomen als therapeutische behandeling van pijn. In het uiteindelijke wetsontwerp is de techniek van *dry needling* niet opgenomen. Kan de minister die beslissing toelichten? Bestaat het risico dat er een juridisch vacuüm ontstaat?

De spreekster begrijpt dat er een moratorium op het aantal A- en Sp-bedden nodig is. Tegelijkertijd vindt zij het belangrijk dat ziekenhuizen die inspelen op reële zorgnoden niet onnodig worden afgeremd. Het advies van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen was tamelijk kritisch over het moratorium. De minister heeft gesteld dat dit een tijdelijke maatregel is. Hoe tijdelijk is de maatregel? Tot wanneer zal hij gelden? Er zal ook een evaluatie komen, wat de spreekster een goede zaak vindt. Op basis van welke criteria zal die evaluatie worden uitgevoerd? Voor de cd&v is het belangrijk dat tijdelijke maatregelen ook echt tijdelijk blijven en dat ze snel worden opgevolgd door een definitief kader, zodat er duidelijkheid en voorspelbaarheid is en ziekenhuizen opnieuw met voldoende rechtszekerheid kunnen plannen en investeren.

Le texte de loi prévoit que cette mesure s'appliquera au plus tard jusqu'à la fin de la présente législature. Le ministre dispose-t-il d'une échéance un peu plus précise? La période transitoire prévue s'applique-t-elle effectivement aux hôpitaux déjà engagés dans des opérations de fusion? Enfin, des travaux sont-ils déjà en cours avec les entités fédérées en vue de revoir la programmation des lits A, K et Sp?

Mme Nahima Lanjri (cd&v) relève qu'une grande partie du projet de loi porte sur des adaptations techniques, mais qu'il contient également plusieurs éléments nouveaux importants. Ceux-ci contribueront à la modernisation accrue des soins de santé, ce dont son groupe se félicite.

L'intervenante se réjouit vivement de la création d'une base légale pour l'accès direct à la kinésithérapie. Le groupe cd&v avait effectivement insisté sur ce point au cours des négociations gouvernementales.

Quand l'arrêté d'exécution sera-t-il pris afin que la mesure puisse produire ses effets sur le terrain? Dans un récent communiqué de presse, le ministre a indiqué que celui-ci devrait intervenir en 2027. Peut-il être davantage précis? À quel moment de l'année 2027 son adoption est-elle attendue?

L'avis du Conseil fédéral de la kinésithérapie contenait des observations sur la modification de l'article 43 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. Le *dry needling* y figurait en tant que traitement thérapeutique de la douleur. Cette technique n'a toutefois pas été reprise dans le projet de loi final. Le ministre peut-il expliquer cette décision? Ne risque-t-on pas de créer un vide juridique?

L'intervenante comprend la nécessité d'un moratoire sur le nombre de lits A et Sp. Elle estime toutefois important que les hôpitaux répondant à des besoins réels en matière de soins ne soient pas freinés inutilement. L'avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers était assez critique à l'égard de ce moratoire. Le ministre a indiqué qu'il s'agissait d'une mesure temporaire. Quelle durée est envisagée pour cette mesure? Jusqu'à quand s'appliquera-t-elle? Une évaluation de cette mesure est également prévue, ce que l'intervenante juge positif. Selon quels critères sera-t-elle réalisée? Le cd&v tient à ce que les mesures temporaires le restent effectivement et à ce qu'elles soient rapidement suivies d'un cadre définitif, afin de garantir aux hôpitaux la clarté, la prévisibilité et la sécurité juridique nécessaires pour planifier et investir à nouveau.

Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA) stelt dat het wetsontwerp een aantal aanpassingen in de WUG-wet bevat. In het regeerakkoord staan nog een aantal wijzigingen van de WUG-wet ingeschreven, zoals de glycemiebepaling bij de apotheker. Kan de minister reeds een stand van zaken geven van die aanpassingen? Zullen er nog adviezen worden overgemaakt?

De heer Jean-François Gatelier (Les Engagés) steunt de technische aanpassingen die in het wetsontwerp worden voorgesteld, aangezien ze van belang zijn om meer efficiëntie en vereenvoudiging te realiseren.

De spreker stelt enkele vragen over de huisartsennetwerken. Het doel van artikel 6 is de term “erkend functioneel samenwerkingsverband van huisartsen” te vervangen door de term “erkend netwerk van huisartsen”. Volgens de heer Gatelier weerspiegelt die term een veranderende governance van de huisartsgeneeskunde. De sector werd geraadpleegd en staat achter de wijziging. Zou de minister wat meer uitleg kunnen geven over de taken van die netwerken? Zullen ze nieuwe bevoegdheden hebben? Zullen die netwerken naast de organisatie van de wachtdienst nog andere zaken moeten regelen? Zullen de huisartsen binnen die netwerken een meerderheid in het bestuur behouden? Zullen de netwerken de vrijheid hebben om hun organisatie aan te passen aan de lokale omstandigheden, met name in landelijke gebieden?

Voor de spreker is het vijfde hoofdstuk het belangrijkste hoofdstuk van het wetsontwerp. Er wordt een moratorium ingesteld op het aantal A- en Sp-bedden en dit om de globale hervorming van het ziekenhuislandschap voor te bereiden. De spreker meent dat reconversie van bedden om financiële redenen niet correct is. Maar in sommige gevallen gebeurt dit niet om financiële redenen. Met dit feit moet rekening worden gehouden.

Voorts vraagt de heer Gatelier welke criteria in de toekomst zullen worden gebruikt om ziekenhuisbedden te programmeren. Zullen die criteria rekening houden met de reële zorgnoden, met de veroudering van de bevolking, met chronisch zieken en met de geografische toegankelijkheid? Dat laatste is zeer belangrijk in Wallonië. Zal men voldoende rekening houden met de landelijke gebieden?

De ziekenhuisfinanciering maakt ook deel uit van de grote hervorming die de minister wenst uit te voeren. Kan de minister reeds een tijdspad geven met betrekking tot de hervorming van de ziekenhuisfinanciering? Zullen de ziekenhuizen over een voldoende ruime overgangsperiode beschikken om zich voor te bereiden op die hervorming?

Mme Kathleen Depoorter (N-VA) indiqueert dat het project de loi contient des adaptations de la LEPPS. L'accord de gouvernement prévoit encore plusieurs modifications de cette loi, notamment en ce qui concerne la mesure de la glycémie par le pharmacien. Le ministre peut-il déjà faire le point sur ces adaptations? D'autres avis sont-ils encore attendus?

M. Jean-François Gatelier (Les Engagés) soutient les adaptations techniques proposées par le projet de loi, puisque celles-ci sont importantes pour pouvoir avancer dans l'efficience et la simplification.

L'intervenant pose quelques questions concernant les réseaux de médecins généralistes. Le but de l'article 6 est de remplacer le terme “coopération fonctionnelle de médecins généralistes agréée” par celui de “réseau de médecins généralistes agréé”. Pour M. Gatelier, ce terme traduit une évolution de la gouvernance de la médecine générale. Le secteur a été consulté et il soutient ce changement. Le ministre pourrait-il préciser un peu les missions de ces réseaux? Est-ce qu'ils auront de nouvelles compétences? Au-delà de l'organisation de la garde, est-ce qu'il y aura autre chose que ces réseaux vont devoir organiser? Les médecins généralistes vont-ils conserver une gouvernance majoritaire au sein de ces réseaux? Et ces réseaux seront-ils libres de s'organiser selon les réalités locales, notamment dans les territoires ruraux?

Le membre considère le chapitre 5 comme le plus important du projet de loi. Celui-ci prévoit l'instauration d'un moratoire sur le nombre de lits A et Sp afin de préparer la réforme globale du paysage hospitalier. Selon l'intervenant, les reconversions de lits fondées sur des motifs financiers ne sont pas justifiées. Toutefois, certaines reconversions répondent à d'autres considérations, dont il convient également de tenir compte.

M. Gatelier demande ensuite quels critères seront utilisés à l'avenir pour programmer les lits hospitaliers. Ces critères tiendront-ils compte des besoins réels en soins, du vieillissement de la population, des maladies chroniques et de l'accessibilité géographique? Ce dernier aspect revêt une importance particulière en Wallonie. Les zones rurales seront-elles suffisamment prises en considération?

Le financement hospitalier fait également partie de la vaste réforme que le ministre souhaite mettre en œuvre. Peut-il d'ores et déjà fournir un calendrier concernant la réforme de ce financement? Les hôpitaux disposeront-ils d'une période de transition suffisamment longue afin de s'y préparer?

Het aangekondigde moratorium heeft betrekking op de A- en Sp-bedden. Zijn de noden op het vlak van psychiatrie en op het vlak van revalidatie in kaart gebracht? En hoe zal de minister voorkomen dat dit moratorium nadelig zal zijn voor gebieden die nu reeds over te weinig bedden beschikken? Kan de minister een precieze tijdlijn geven? Wanneer wordt het moratorium opgeheven?

Hoewel de spreker begrijpt waarom het moratorium nodig is, roept hij op om de toegankelijkheid en de nabijheid van de zorg – en in het bijzonder in landelijke gebieden – zeker niet uit het oog te verliezen. Kan de minister bevestigen dat het moratorium er niet toe zal leiden dat reeds geplande ziekenhuisprojecten worden vertraagd of stopgezet?

Beschikt de minister over een schatting van de jaarlijkse afname van de budgetten B1 en B2 als gevolg van de reconversie van bedden? Om hoeveel ziekenhuizen gaat het, en om welke bedragen?

B. Antwoorden van de minister

De minister bevestigt dat de secretariaatsfunctie voor de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen zal worden opgenomen door de FOD Volksgezondheid. Deze wijziging vloeit niet voort uit een tekort aan kandidaten. Het secretariaat van heel wat raden en commissies in de zorgsector wordt opgenomen door ambtenaren van de FOD Volksgezondheid. Deze ambtenaren zorgen voor ondersteuning bij de vergaderingen, door uitnodigingen uit te sturen, verslaggeving, technische vragen te beantwoorden enzovoort. De aanpassing met betrekking tot de ad hoccommissie is voorgesteld door de leden van de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenhuizen. Zij hebben een voorstel klaar voor een aanpassing van het huishoudelijk reglement, waardoor zij in hun ogen efficiënter zullen kunnen werken. Dat vereist wel een aanpassing van het koninklijk besluit nr. 47. Kortom, het wetsontwerp stelt een aantal pragmatische oplossingen voor, om efficiënter te kunnen werken.

De minister meent dat de WUG-wet de rol van de kinesitherapeuten binnen het domein van de preventie bevestigt. De bepalingen van het wetsontwerp maken het nog duidelijker dat kinesitherapeuten consultaties mogen aanbieden waarbinnen preventieve handelingen worden gesteld.

Het moratorium is een tijdelijke maatregel. De Koning kan eventueel toch bepaalde uitzonderingen voorzien. De minister kan geen concrete cijfers geven, maar hij merkt wel dat er een toename is in het aantal reconversiedossiers. Dat heeft te maken met de aangekondigde

Le moratoire annoncé concerne les lits d'hôpitaux du type A et du type Sp. Les besoins en matière de psychiatrie et de revalidation ont-ils été recensés? Par ailleurs, comment le ministre entend-il éviter que ce moratoire ne porte préjudice aux régions disposant déjà d'un nombre insuffisant de lits? Pourrait-il communiquer un calendrier précis? À quelle échéance le moratoire sera-t-il levé?

Bien que le membre comprenne les raisons qui justifient ce moratoire, il appelle à ne surtout pas perdre de vue l'accessibilité et la proximité des soins, en particulier dans les zones rurales. Le ministre peut-il confirmer que ce moratoire n'aura pas pour effet de retarder ou d'abandonner les projets hospitaliers déjà planifiés?

Et le ministre dispose-t-il d'une estimation du montant annuel de l'érosion des budgets B1 et B2, liée aux reconversions de lits? Combien d'hôpitaux sont concernés et quels sont les montants en jeu?

B. Réponses du ministre

Le ministre confirme que le secrétariat de la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sera assuré par le SPF Santé publique. Cette modification ne résulte pas d'un manque de candidats. Le secrétariat de nombreux conseils et de nombreuses commissions du secteur des soins de santé est assuré par des fonctionnaires du SPF Santé publique. Ces derniers apportent un soutien à l'organisation des réunions; ils envoient les invitations, rédigent les comptes rendus, répondent aux questions techniques, etc. La modification concernant la commission ad hoc a été proposée par les membres de la commission paritaire nationale médecins-hôpitaux. Ceux-ci ont préparé une proposition de modification du règlement d'ordre intérieur qui, selon eux, leur permettra de travailler plus efficacement. La mise en œuvre de cette proposition nécessitera toutefois une adaptation de l'arrêté royal n° 47. En résumé, le projet de loi propose une série de solutions pragmatiques visant à renforcer l'efficacité du fonctionnement de cette commission.

Le ministre estime que la LEPSS confirme le rôle des kinésithérapeutes dans le domaine de la prévention. Les dispositions du projet de loi précisent encore plus clairement que les kinésithérapeutes peuvent offrir des consultations comprenant des actes à visée préventive.

Le moratoire est une mesure temporaire. Cependant, le Roi peut éventuellement prévoir certaines exceptions. Le ministre ne peut pas donner de chiffres concrets, mais il constate toutefois une augmentation du nombre de dossiers de reconversion. Cela s'explique par la réforme

hervorming van het ziekenhuislandschap. Vaak zijn reconversieaanvragen financieel gemotiveerd, omdat A- en Sp-bedden op een andere manier gefinancierd worden dan C- en D-bedden.

Binnen de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen waren de meningen inderdaad verdeeld. Sommige leden waren tegen een moratorium, anderen waren er niet tegen. Vanzelfsprekend wensen ziekenhuizen die reeds een plan hadden opgesteld en die nu geconfronteerd worden met een bevrozing van het aantal bedden dat moratorium niet. Een beperkte minderheid was wel voorstander van een moratorium.

Er waren vragen over de lengte van het moratorium. De FOD Volksgezondheid moet voorstellen uitwerken inzake de aanpassing van de reconversieregels en de programmatieregels. De minister wenst dat dit zo snel mogelijk gebeurt. Als die regels aangepast zijn, dan kan er worden bekeken of het moratorium al kan worden stopgezet. De sector zelf wenst natuurlijk dat het moratorium niet te lang duurt. Zoals vermeld in het wetsontwerp, wordt het uiterlijk beëindigd bij de eerste bijeenroeping van de nieuw verkozen Kamer van volksvertegenwoordigers, na de eerstvolgende federale verkiezingen.

Het is zeer belangrijk dat er in dit hele proces goed overlegd wordt met het personeel en met de vakbonden. Dat is ook uitdrukkelijk opgenomen in de conclusie die de IMC Volksgezondheid heeft genomen over de hervorming van het ziekenhuislandschap. Klassieke overlegprocedures moeten absoluut gerespecteerd worden. Werkgevers in de sector moeten begrijpen dat zo'n hervorming onrust met zich mee brengt en dat er goed en tijdig overleg moet worden georganiseerd.

Mevrouw Gijbels vroeg of er voldoende rekening wordt gehouden met de opschaalbaarheid van de ziekenhuizen. De minister is het ermee dat we een soort reactiecapaciteit moeten openhouden om voorbereid te zijn op gezondheidscrisissen. Dit punt is echter niet echt uitgewerkt in het kader van de discussies over het ziekenhuislandschap. Dit thema hoort thuis in het beleid inzake *preparedness* en noodplannen van ziekenhuizen. De IMC Volksgezondheid zal zich hierover moeten buigen. Het expertenrapport, dat het startpunt is geweest van het debat over de hervorming van het ziekenhuislandschap, stelt wel heel expliciet dat een regionaal algemeen ziekenhuis kan opschalen bij rampen, pandemieën of andere crisissituaties.

De minister gaat in op de directe toegang tot de kinesitherapie. Hij verduidelijkt de algemene regel, namelijk dat voor alle handelingen die de kinesitherapeut uitvoert een verwijzingsvoorschrift nodig is. Het wetsontwerp maakt

annoncée du paysage hospitalier. Les demandes de reconversion sont souvent motivées par des raisons financières, car les lits de catégorie A et Sp sont financés différemment des lits de catégorie C et D.

Au sein du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, les avis étaient effectivement partagés. Certains membres étaient opposés à un moratoire, d'autres non. Il va sans dire que les hôpitaux qui avaient déjà élaboré un plan et qui sont désormais confrontés à un gel du nombre de lits ne sont pas favorables à ce moratoire. Une minorité restreinte y était toutefois favorable.

Des questions ont été posées concernant la durée du moratoire. Le SPF Santé publique doit élaborer des propositions de modification des règles de reconversion et des règles de programmation. Le ministre souhaite que cela se fasse le plus rapidement possible. Quand ces règles auront été modifiées, on examinera si le moratoire peut déjà être levé. Il va sans dire que le secteur lui-même souhaite que le moratoire ne dure pas trop longtemps. Comme indiqué dans le projet de loi, il prendra fin au plus tard à la première convocation de la Chambre des représentants nouvellement élue après les prochaines élections fédérales.

Il est très important que tout ce processus s'accompagne d'une concertation étroite avec le personnel et les syndicats. Cela figure d'ailleurs expressément dans la conclusion de la CIM Santé publique concernant la réforme du paysage hospitalier. Les procédures de concertation classiques doivent absolument être respectées. Les employeurs du secteur doivent comprendre qu'une telle réforme suscite des inquiétudes et qu'il convient d'organiser en temps utile une concertation de qualité.

Mme Gijbels a demandé si la capacité d'intensification de l'activité hospitalière était suffisamment prise en compte. Le ministre reconnaît qu'il faut conserver une certaine capacité de réaction pour être prêt à faire face à des crises sanitaires. Ce point n'a toutefois pas été vraiment approfondi dans le cadre des discussions sur le paysage hospitalier. Ce thème relève de la politique relative à la préparation et aux plans d'urgence des hôpitaux. La CIM Santé publique devra examiner cette question. Le rapport d'experts, qui a servi de point de départ au débat sur la réforme du paysage hospitalier, indique toutefois très explicitement qu'un hôpital général régional peut étendre sa capacité en cas de catastrophes, de pandémies ou d'autres situations de crise.

Le ministre évoque la question de l'accès direct à la kinésithérapie. Il précise la règle générale, à savoir que toutes les prestations fournies par les kinésithérapeutes nécessitent une prescription de renvoi. Le projet de loi

het mogelijk dat de Koning modaliteiten kan bepalen en situaties kan definiëren waarbij er geen verwijzingsvoorschrift mogelijk is. Er wordt momenteel ook gewerkt aan een piste waarbij voor bepaalde matige musculoskeletale aandoeningen directe toegang kan worden toegestaan. Dit zal worden gepreciseerd in een koninklijk besluit. Eventueel kan de directe toegang in het kader van het *Frailty Project* ook worden opgenomen in dat koninklijk besluit. Het blijft natuurlijk belangrijk dat de huisarts de regiefunctie behoudt. Dat betekent dat deze op de hoogte moet worden gebracht wanneer een patiënt directe toegang krijgt tot de kinesithérapie. Ook dat zal worden omschreven in het koninklijk besluit. De minister is tevreden dat er na veel overleg in de hoge raden een consensus is gevonden tussen de vertegenwoordigers van de artsen en de vertegenwoordigers van de kinesitherapeuten over hoe de directe toegang er in een eerste fase moet uitzien.

Het koninklijk besluit wordt momenteel uitgewerkt. De minister heeft reeds adviezen ontvangen van de Hoge Raad van artsen-specialisten en huisartsen en van de kinesitherapeuten. De vraag over de terugbetaling door de ziekteverzekering wordt in dit kader ook bestudeerd.

Voorts gaat de minister in op de netwerken van huisartsen. De minister legt uit dat de huisartsen de “functionele samenwerkingsverbanden”, een juridische figuur die ontworpen is door oud-minister van Volksgezondheid Maggie De Block, nooit hebben aanvaard. Er was indertijd veel verzet, omdat de huisartsen dit begrepen als een rationalisatie en een besparing. Tijdens de vorige legislatuur heeft de huidige minister van Volksgezondheid getracht om die juridische architectuur toch te blijven gebruiken en heeft hij getracht de huisartsen ervan te overtuigen dat er zou worden geïnvesteerd in de samenwerkingsverbanden en niet bespaard. De achterdocht en de weerstand zijn echter zeer groot gebleven. Ondertussen is het koninklijk besluit waarin het functionele samenwerkingsverband werd gedefinieerd om formele redenen vernietigd. De minister heeft beslist om het samenwerkingsverband niet meer te herintroduceren. Er wordt wel intens overlegd met de vertegenwoordigers van de huisartsen over netwerken van huisartsen waarbinnen men wachtdiensten kan organiseren.

Het begrip “erkend netwerk” moet inderdaad vertaald worden in regels voor de organisatie van wachtposten en wachtdiensten in een netwerk. Dat alles mag echter geen aanslag inhouden op de vrijheid van huisartsen om zich te organiseren. De minister wenst de autonomie van de huisartsen te versterken.

habilite néanmoins le Roi à fixer les modalités et à définir les situations dans lesquelles une prescription de renvoi n'est pas nécessaire. En outre, il est envisagé d'autoriser l'accès direct pour certaines affections musculosquelettiques modérées. Cela sera précisé dans un arrêté royal. L'accès direct dans le cadre du *“Frailty Project”* pourra éventuellement aussi être intégré dans cet arrêté royal. Il demeure bien entendu essentiel que le médecin généraliste conserve son rôle de coordination et soit, à ce titre, informé lorsqu'un patient bénéficie d'un accès direct à la kinésithérapie. Ce point sera également précisé dans l'arrêté royal. Le ministre se réjouit qu'à l'issue de nombreuses concertations au sein des conseils concernés, un consensus ait été trouvé entre les représentants des médecins et ceux des kinésithérapeutes sur la manière dont l'accès direct devra dans un premier temps être organisé.

L'arrêté royal est en cours d'élaboration. Le ministre a déjà reçu des avis du Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes et du Conseil fédéral de la Kinésithérapie. La question du remboursement par l'assurance maladie est également examinée dans ce cadre.

Le ministre évoque ensuite les réseaux de médecins généralistes. Il explique que les médecins généralistes n'ont jamais accepté les “coopérations fonctionnelles”, une construction juridique conçue par l'ancienne ministre de la Santé publique, Maggie De Block. À l'époque, la résistance avait été forte, car les médecins généralistes considéraient ce système comme une mesure de rationalisation et d'économies. Sous la législature précédente, l'actuel ministre de la Santé publique a tenté de continuer à utiliser cette architecture juridique et s'est efforcé de convaincre les médecins généralistes qu'il s'agissait d'investir dans les coopérations fonctionnelles, et non de réaliser des économies. La méfiance et la résistance sont toutefois restées très vives. Entre-temps, l'arrêté royal définissant la coopération fonctionnelle a été annulé pour des raisons formelles. Le ministre a décidé de ne plus réintroduire cette coopération. Une concertation intensive est toutefois en cours avec les représentants des médecins généralistes au sujet de réseaux de médecins généralistes dans le cadre desquels les services de garde pourront être organisés.

La notion de “réseau agréé” doit en effet se traduire par des règles régissant l'organisation des postes de garde et des services de garde au sein d'un réseau. Ce dispositif ne peut toutefois pas porter atteinte à la liberté des médecins généralistes de s'organiser. Le ministre souhaite renforcer leur autonomie.

De minister verduidelijkt dat hij bij het KCE een studie heeft gevraagd over de osteopathie. Die studie staat in de planning van het KCE en zal ook onderzoek over de chiropraxie bevatten. De studie zal klaar zijn in de loop van het jaar 2027. De minister wenst de resultaten van de studie af te wachten alvorens zich verder uit te spreken over de osteopathie.

Het voorliggende wetsontwerp beoogt een modernisering en een rijkere omschrijving van het profiel van de kinesitherapeut. Dit alles neemt niet weg dat er op een later tijdstip ook een debat kan worden gehouden over de osteopathie, dat over de technieken, de handelingen, de prestaties en de kwalificaties van de osteopaat zal moeten gaan.

Er waren vragen over artikel 13 van het wetsontwerp. De minister legt uit dat de aanpassing van artikel 13 een vereenvoudiging beoogt van de procedure om een besluit te nemen in uitvoering van artikel 43 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015. De opheffing van het tweede lid van artikel 143 van die wet brengt de procedure in overeenstemming met gelijkaardige procedures voor andere gezondheidszorgberoepen. De transparantie wordt nog steeds gegarandeerd, doordat het ontwerp publiek bekendgemaakt werd in het kader van de richtlijn inzake de evenredigheidsbeoordeling. Ook de adviezen van de Federale Raad voor Kinesithérapie zijn publiek beschikbaar.

De minister beantwoordt de vragen in verband met de retroactieve inwerkingtreding. Met betrekking tot hoofdstuk 6 (artikelen 49 en 50) werd er terdege rekening gehouden met het advies van de Raad van State. De Raad van State laat in dit geval een retroactieve werking toe, meer zelfs, de Raad van State laat eigenlijk nog een ruimere retroactieve werking toe dan aanvankelijk voorzien. Aanvankelijk was een retroactieve inwerkingtreding vanaf 31 december 2025 voorzien en de Raad van State stelt dat de retroactieve werking al vanaf 1 januari 2025 moet worden vastgelegd. De Raad van State vindt de retroactieve werking te verantwoorden, vermits “er geen onvoorspelbaar element wordt ingevoerd, nu de rechtszoekende al sinds 15 april 2024 op de hoogte is van de betrokken regeling.”

Voor hoofdstuk 4, dat strafbepalingen omvat, wordt geen retroactieve inwerkingtreding voorzien, maar een gelijktijdige inwerkingtreding met het nieuwe strafwetboek, om de coherentie van de bepalingen te garanderen.

De aanpassing van de strafsancities is een technische ingreep die absoluut moet gebeuren in het kader van de afstemming met het nieuwe strafwetboek. Ook de gemeenschappen en gewesten moeten deze oefening

Le ministre précise qu'il a demandé au KCE de réaliser une étude sur l'ostéopathie. Cette étude figure dans le programme de travail du KCE et portera également sur la chiropraxie. Elle sera finalisée dans le courant de l'année 2027. Le ministre souhaite attendre les résultats de cette étude avant de se prononcer plus avant sur l'ostéopathie.

Le projet de loi à l'examen vise à moderniser et à enrichir la définition du profil du kinésithérapeute. Il n'en demeure pas moins qu'un débat pourra également avoir lieu ultérieurement sur l'ostéopathie. Ce débat devra porter sur les techniques, les actes, les prestations et les qualifications de l'ostéopathe.

Des questions ont été formulées au sujet de l'article 13 du projet de loi. Le ministre explique que la modification prévue par cet article vise à simplifier la procédure d'adoption d'un arrêté pris en exécution de l'article 43 de la loi coordonnée du 10 mai 2015. L'abrogation de l'alinéa 2 de l'article 143 de cette loi aligne cette procédure sur les procédures similaires applicables à d'autres professions des soins de santé. La transparence reste garantie car le projet d'arrêté a été rendu public dans le cadre de la directive relative au contrôle de proportionnalité. Les avis du Conseil fédéral de la kinésithérapie sont également accessibles au public.

Le ministre répond aux questions relatives à l'entrée en vigueur rétroactive. S'agissant du chapitre 6 (articles 49 et 50), il a été dûment tenu compte de l'avis du Conseil d'État. Celui-ci admet en l'espèce un effet rétroactif et préconise même une rétroactivité plus étendue que celle qui avait été initialement prévue. L'entrée en vigueur rétroactive devait initialement être fixée au 31 décembre 2025, mais le Conseil d'État indique que l'effet rétroactif doit remonter au 1^{er} janvier 2025. Le Conseil d'État estime que l'effet rétroactif se justifie, dans la mesure où “aucun élément imprévisible n'est introduit, les justiciables ayant été informés du régime en question depuis le 15 avril 2024”.

Concernant le chapitre 4, qui contient des dispositions pénales, aucune entrée en vigueur rétroactive n'est prévue, mais une entrée en vigueur concomitante à celle du nouveau Code pénal, afin de garantir la cohérence des dispositions.

La modification des sanctions pénales constitue une intervention technique indispensable à l'harmonisation avec le nouveau Code pénal. Les Communautés et les Régions doivent également procéder à cet exercice

doen inzake alle wetgevingen waarvoor ze bevoegd zijn. Het is dus niet enkel binnen het domein gezondheidszorg dat dit moet gebeuren. De minister heeft geen concrete informatie over hoe de gewesten en gemeenschappen ingrepen zullen doorvoeren die noodzakelijk zijn voor de afstemming met het nieuwe strafwetboek. Er is in het nieuwe strafwetboek wel een clausule voorzien die stelt dat wanneer de aanpassing niet tijdig is doorgevoerd, een omzettingstabel kan worden gebruikt om de oude straffen te vervangen door nieuwe. De minister streeft er echter naar om alle aanpassingen tijdig door te voeren.

De sanctieniveaus zullen beter voorspelbaar zijn, aangezien alle sanctieniveaus in het Strafwetboek zijn vastgelegd, op een geharmoniseerde manier, met een gradatie naargelang van de ernst. Het nieuwe Strafwetboek voorziet voortaan namelijk in acht sanctieniveaus om rekening te houden met de ernst van de misdrijven.

In hoofdstuk 6 is er geen sprake van regularisatie. De wettelijke bekrachtigingen waarover het hier gaat zijn voorzien door artikel 20*bis* van de wet betreffende de productnormen. De wet stelt dat het koninklijk besluit dat bijdragen oplegt wettelijk moet worden bekrachtigd. Indien dit niet gebeurt, wordt het koninklijk besluit van rechtswege opgeheven. Het gaat dus niet om een regularisatie, maar om het correct afwerken van de wettelijke procedure. Het koninklijk besluit van 2025 wordt binnen de wettelijke termijn bekrachtigd. Daar is er geen probleem en is er geen overschrijding van de termijn. Met betrekking tot de bekrachtiging van het koninklijk besluit van maart 2024 is de minister inderdaad wat te laat. Dat had eigenlijk eind 2025 al moeten worden bekrachtigd. De Raad van State was er kritisch over, maar laat de retroactieve bekrachtiging toe.

De minister is het ermee dat men bij de actualisering van de reconversie- en programmatieregels moet vertrekken vanuit de behoeften. Er moet ook worden bekeken wat de impact is op het Budget Financiële Middelen (BFM), vergeleken met de huidige situatie.

Voorts deelt de minister mee dat er, naar aanleiding van de normering, soms personeel moet worden voorzien in diensten die geen volumeactiviteit hebben om de permanentie van dit personeel te verantwoorden. Tegelijkertijd is er elders personeel tekort. De minister meent echter dat de handen in de zorg correct moeten worden ingezet. Daar gaat de ziekenhuishervorming eigenlijk over.

Op de vraag van mevrouw Ramlot antwoordt de minister dat het advies van de Federale Raad voor de Apothekers na de wetswijziging die voorligt een formele vormvereiste zal worden, waardoor geen koninklijke

pour l'ensemble des législations qui relèvent de leur compétence. Celui-ci ne concerne donc pas uniquement le domaine des soins de santé. Le ministre ne dispose d'aucune information concrète à propos des modalités selon lesquelles les Régions et les Communautés procéderont aux interventions nécessaires à l'harmonisation avec le nouveau Code pénal. Ce dernier prévoit toutefois que, si la modification n'est pas effectuée en temps utile, un mécanisme de conversion pourra être utilisé pour remplacer les anciennes peines par les nouvelles. Le ministre s'efforce toutefois d'effectuer toutes les modifications dans les délais.

Les niveaux de sanctions seront plus prévisibles, car il s'agit toujours des niveaux de sanctions prévus dans le Code pénal, de manière harmonisée, avec une gradation en fonction de la gravité. En effet, le nouveau Code pénal prévoit désormais huit niveaux de sanctions afin de tenir compte de la gravité des infractions.

Le chapitre 6 ne mentionne aucune régularisation. Les confirmations légales dont il est question en l'espèce sont prévues par l'article 20*bis* de la loi relative aux normes de produits. Celle-ci prévoit que l'arrêté royal imposant des cotisations doit être confirmé par le législateur. À défaut, il est abrogé de plein droit. Il ne s'agit donc pas d'une régularisation, mais de mener correctement à son terme la procédure légale. L'arrêté royal de 2025 sera confirmé dans le délai légal. Aucun problème ne se pose à cet égard et le délai n'est pas dépassé. Concernant la confirmation de l'arrêté royal de mars 2024, le ministre reconnaît qu'il est effectivement quelque peu en retard. Cet arrêté aurait en principe déjà dû être confirmé à la fin de l'année 2025. Le Conseil d'État a critiqué ce retard, mais autorise la confirmation rétroactive.

Le ministre convient que l'actualisation des règles de reconversion et de programmation doit être fondée sur les besoins. Il faut également examiner quelle sera l'incidence sur le budget des moyens financiers (BMF), par rapport à la situation actuelle.

Le ministre indique par ailleurs que les normes imposent parfois de prévoir du personnel dans des services dont le volume d'activité ne justifie pas une présence permanente, alors que des pénuries de personnel se font sentir ailleurs. Il estime toutefois que les effectifs disponibles dans le secteur des soins doivent être affectés de manière adéquate. C'est précisément l'objet de la réforme hospitalière.

En réponse à la question de Mme Ramlot, le ministre répond qu'après la modification législative à l'examen, la consultation préalable du Conseil fédéral des pharmaciens deviendra obligatoire, ce qui signifie qu'aucun

besluiten die betrekking hebben op de voorschrijfbevoegdheid inzake geneesmiddelen kunnen worden genomen zonder het advies van de Federale raad voor de Apothekers.

Er werd gevraagd of er voor bepaalde ziekenhuizen een overgangsperiode wordt voorzien. De minister verduidelijkt dat de overgangsperiode rekening houdt met het gegeven dat in de ziekenhuiswet een onderscheid wordt gemaakt tussen de erkenningsbeslissing en de vergunning voor ingebruikneming. Gelet op dat onderscheid vereiste de Raad van State een overgangsbepaling. Dat bleek bij de eerdere invoering van een algemeen moratorium bij de programmawet in 2016. Wanneer beslissingen van de erkennende overheden op verschillende momenten vallen, is het namelijk nodig om een overgangsbepaling in te voeren.

De minister geeft aan dat elke aanpassing van de cijfers voor beddenkenletters in een globaal kader moet worden bekeken. Immers, als men enkel de cijfers bekijkt voor beddenkenletters waarvan er een tekort is, zonder de cijfers te verminderen van de beddenkenletters waarvan er te veel zijn, zoals de acute bedden C en D, dan verhoogt men het aantal ziekenhuisbedden. Dat is niet de bedoeling. Globaal genomen hebben we eigenlijk een overschot aan ziekenhuisbedden. Het KCE heeft in het verleden al een studie gemaakt over het benodigde aantal ziekenhuisbedden per beddenkenletter. De eerste stap zal zijn om deze studie te updaten, zodat we beschikken over de nodige evidentie in het kader van het evidence-informed beleid. Overleg met de gemeenschappen is daarnaast iets dat doorheen de hele ziekenhuishervorming absoluut noodzakelijk zal zijn, gezien de verwevenheid van de bevoegdheden tussen de federale overheid en de gemeenschappen.

De problematiek van de *dry needling* is nog niet opgenomen in het wetsontwerp. De minister heeft bij het KCE een onderzoek gevraagd over wetenschappelijke literatuur rond de techniek van *dry needling*, met het doel om beter te kunnen inschatten wat de therapeutische meerwaarde ervan is.

De minister beaamt dat er in het regeerakkoord nog meer aanpassingen in de WUG-wet zijn aangekondigd en in het bijzonder voor de apothekers. De minister geeft een stand van zaken. Hij heeft adviezen gevraagd en ontvangen met betrekking tot onder andere de uitbreiding van de vaccinatiebevoegdheid en de preventieve rol van apothekers. Die adviezen worden geanalyseerd, en er wordt bekeken of er eventueel nog bijkomend advies nodig is over de voorwaarden en de categorieën van bijvoorbeeld vaccinaties.

arrêté royal relatif à la compétence de prescription de médicaments ne pourra être pris sans l'avis du Conseil fédéral des pharmaciens.

Il a été demandé si une période transitoire était prévue pour certains hôpitaux. Le ministre précise que la période transitoire tient compte du fait que la loi sur les hôpitaux opère une distinction entre la décision d'agrément et l'autorisation de mise en service. Compte tenu de cette distinction, le Conseil d'État a exigé une disposition transitoire. Cette nécessité était déjà apparue lors de l'instauration précédente d'un moratoire général par la loi-programme de 2016. Lorsque les décisions des autorités compétentes en matière d'agrément interviennent à des moments différents, il est en effet nécessaire d'introduire une disposition transitoire.

Le ministre indique que toute modification du nombre de lits par indice doit être envisagée dans un cadre global. En effet, si l'on se borne à augmenter le nombre de lits relevant des indices pour lesquels une pénurie est constatée, sans diminuer celui des lits relevant des indices excédentaires, comme les lits aigus C et D, on augmente le nombre total de lits hospitaliers. Tel n'est pas le but poursuivi. Globalement, nous disposons en réalité d'un excédent de lits hospitaliers. Par le passé, le KCE a déjà réalisé une étude concernant le nombre de lits hospitaliers nécessaires pour chaque indice de lits. La première étape consistera à actualiser cette étude, afin de disposer des données probantes nécessaires pour étayer la politique menée. La concertation avec les Communautés sera en outre absolument indispensable tout au long de la réforme hospitalière, compte tenu de l'imbrication des compétences entre l'autorité fédérale et les Communautés.

La problématique du *dry needling* ne figure pas encore dans le projet de loi à l'examen. Le ministre a demandé au KCE d'examiner la littérature scientifique relative à cette technique, afin de pouvoir mieux en évaluer la plus-value thérapeutique.

Le ministre reconnaît que l'accord de gouvernement annonce encore d'autres modifications de la LEPSS, en particulier en ce qui concerne les pharmaciens. Le ministre fait le point sur la situation. Il a demandé et recueilli des avis concernant notamment l'extension de la compétence de vaccination aux pharmaciens et le rôle de ces derniers en matière de prévention. Ces avis sont en cours d'analyse et il est examiné si des avis complémentaires sont éventuellement nécessaires concernant les conditions applicables et, par exemple, les catégories de vaccinations concernées.

Bovendien zijn er toch al stappen gezet door middel van de wet Diverse bepalingen van 2025, waarin de toediening van griep- en covidvaccins door apothekers werd bestendigd. In het algemeen meent de minister dat er sterk moet worden ingezet op de farmaceutische zorg door apothekers. De minister denkt daarbij aan goed geneesmiddelgebruik, afbouw van benzodiazepines enzovoort.

De minister onderzoekt of een nationale kaart voor noden in de psychiatrie kan worden opgesteld. Dat is een uitdaging, want het is niet eenvoudig om de noden en het aanbod op elkaar af te stemmen.

De minister beschikt niet over cijfers met betrekking tot de uitholling van de budgetten B1 en B2.

C. Replieken en bijkomende antwoorden

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) vat samen. In principe is voor de kinesitherapie steeds een verwijsvoorschrift nodig maar er kunnen indien nodig uitzonderingen worden gemaakt, zoals voor het *Frailty Project*. Maar wat wanneer het niet gaat om behandelingen maar om diagnostische onderzoeken voor preventie, dan zou het enkel om kinesitherapeuten gaan die vallen onder de voorwaarden voor directe toegang. Dus niet alle gediplomeerde kinesitherapeuten zullen onder de rechtstreekse toegang vallen. Dit kan een probleem vormen voor het *Frailty Project*.

De minister gaat dit met de promotoren van het *Frailty Project* bekijken.

Mevrouw Katleen Bury (VB) herhaalt dat heel wat zaken op latere datum via koninklijke besluiten geregeld zullen worden. Deze werkwijze verhindert het parlementair debat, de minister beslist.

De spreekster raadt de minister aan om met de regio's samen te zitten aangaande de strafmaat zodat de werkwijze tussen de verschillende niveaus gestroomlijnd wordt.

Mevrouw Natalie Eggermont (PVDA-PTB) verwijst naar het besluit van de IMC Volksgezondheid. Daarin wordt gevraagd om over de ziekenhuishervorming met het zorgpersoneel te overleggen. Maar gebeurt dit wel? Gaat de minister na of dit gebeurt? Moet er geen moratorium komen op hervormingen waarover nog geen sociaal heeft plaatsgevonden?

Wordt de KCE-studie over de behoeften geactualiseerd? En wat is de timing?

Qui plus est, des mesures ont tout de même déjà été prises par le biais de la loi portant dispositions diverses de 2025, qui a pérennisé l'administration des vaccins contre la grippe et le COVID-19 par les pharmaciens. D'une manière générale, le ministre estime qu'il faut miser résolument sur les soins pharmaceutiques dispensés par les pharmaciens. Il pense à cet égard au bon usage des médicaments, à la réduction progressive de la consommation de benzodiazépines, etc.

Le ministre examine s'il est possible de cartographier les besoins psychiatriques au niveau national. Il s'agit d'un défi, car il n'est pas aisé de faire correspondre les besoins et l'offre.

Le ministre ne dispose pas de chiffres concernant l'érosion des budgets B1 et B2.

C. Répliques et réponses complémentaires

Mme Frieda Gijbels (la N-VA) indique, en résumé, qu'il faudra, en principe, toujours une prescription de renvoi pour la kinésithérapie, mais que des exceptions pourront être accordées si nécessaire, comme pour le projet *Frailty*. Toutefois, lorsqu'il ne s'agira pas de traitements mais d'examens diagnostiques à des fins de prévention, seuls les kinésithérapeutes remplissant les conditions pour bénéficier d'un accès direct seraient concernés. En conséquence, tous les kinésithérapeutes diplômés ne bénéficieront pas de l'accès direct, ce qui pourrait nuire au projet *Frailty*.

Le ministre examinera cette question avec les promoteurs de ce projet.

Mme Katleen Bury (VB) répète que de nombreux points seront réglés ultérieurement par voie d'arrêtés royaux. Cette méthode empêche tout débat parlementaire: c'est le ministre qui décide.

L'intervenante recommande au ministre de se concerter avec les Régions sur la sanction applicable afin d'harmoniser les procédures entre les différents niveaux de pouvoir.

Mme Natalie Eggermont (PVDA-PTB) renvoie à la conclusion de la conférence interministérielle Santé publique, qui demande que la réforme hospitalière fasse l'objet d'une concertation avec le personnel soignant. Est-ce prévu? Le ministre va-t-il s'en assurer? Ne faudrait-il pas prévoir un moratoire sur les réformes n'ayant pas encore fait l'objet d'une concertation sociale?

L'étude du KCE sur les besoins sera-t-elle actualisée? Et quel est le calendrier prévu?

De ziekenhuishervorming gaat ook over het correct inzetten van zorgpersoneel. De visie van de regeringen is dat de hervorming deels een oplossing is voor het personeelstekort. De spreekster deelt deze visie niet. De aanstaande hervorming houdt verschuivingen in voor het personeel, daar wordt toch nogal licht overgegaan. Bedden sluiten en zorg concentreren zal er niet automatisch voor zorgen dat het personeel mee muteert. De impact van de hervorming moet goed in kaart gebracht worden. Welke stappen onderneemt de minister om de impact beter te begrijpen? Komt er een enquête bij de getroffen ziekenhuizen over de uitstroomintentie bij het personeel? Er wordt nu veelal gewerkt met hypothesen.

De reconversie van ziekenhuisbedden gebeurt veelal uit financiële overwegingen. Er is nu echter geen zicht op wanneer deze reconversie stoelt op financiële overwegingen en wanneer het gaat om overwegingen op het gebied van volksgezondheid. Hoe kan dat onderscheid gemaakt worden?

De minister wijst op de dubbele reden voor het tijdelijk moratorium op Sp-ziekenhuisbedden en A-ziekenhuisbedden. De minister erkent dat de toenevende bewegingen vaak financieel gemotiveerd zijn. De financiering van de bedden verschilt. Het is relatief evident dat financiële overwegingen misschien meer spelen dan de afstemming op behoeften. Dit is echter niet met zekerheid vast te stellen.

Wanneer het gaat over de programmatie van de Sp-bedden, dan moeten op een goede manier de noden en de behoeften van de bevolking gedekt worden.

De minister wijst erop dat de concrete erkenning van waar die bedden komen, een bevoegdheid van de gemeenschappen is. De beslissing over hoe uiteindelijk bedden gespreid zijn over het grondgebied en hoe beantwoord wordt aan de groeiende behoeften van de bevolking kan niet louter afhangen van bottom-up initiatieven en transacties op het terrein.

De behoeften gaan goed gedefinieerd worden, de reconversieregels gaan goed gedefinieerd worden. Dan is er een kader dat door behoeften gedreven wordt en dat kader kan dan opgenomen worden in de hervorming van het ziekenhuislandschap.

Niet alle bewegingen die vandaag bezig zijn, zijn verkeerd. Er wordt nu vaak aan het personeel gezegd dat de minister dit of dat heeft beslist. Dat is natuurlijk niet juist, maar niet alle operaties zijn verkeerd. Er is dynamiek. De minister onderschrijft dat betrokkenheid van het personeel zeer belangrijk is.

La réforme hospitalière prévoit également une affectation correcte du personnel soignant. Selon la vision du gouvernement, la réforme permettra de remédier partiellement à la pénurie de personnel. L'intervenante n'est pas de cet avis. La réforme annoncée entraînera des redéploiements de personnel, mais cette question est pourtant traitée à la légère. La fermeture de lits et la concentration des soins ne garantiront pas automatiquement que le personnel suivra. L'incidence de la réforme doit être correctement estimée. Quelles mesures le ministre entend-il prendre pour mieux cerner son incidence? Une enquête est-elle prévue auprès des hôpitaux touchés afin de sonder les intentions de départ du personnel? À ce stade, on se fonde surtout sur des hypothèses.

La reconversion des lits hospitaliers obéit souvent à des considérations financières. Or, on ne voit pas aujourd'hui quand elle repose sur des considérations financières et quand elle découle de considérations de santé publique. Comment faire cette distinction?

Le ministre souligne la double raison justifiant le moratoire temporaire sur les lits Sp et les lits A. Il reconnaît que les motifs de ces mouvements de plus en plus fréquents sont souvent d'ordre financier. Le financement diffère suivant le type de lit. Il est relativement évident que des considérations financières peuvent peut-être peser davantage que l'adéquation aux besoins. Mais ce n'est toutefois pas certain.

S'agissant de la programmation des lits Sp, il convient de répondre de manière adéquate aux besoins et aux attentes de la population.

Le ministre souligne que la reconnaissance concrète de l'origine de ces lits relève de la compétence des Communautés. La décision concernant la répartition finale des lits sur le territoire et la manière de répondre aux besoins croissants de la population ne peut pas seulement dépendre d'initiatives *bottom-up* et de transactions sur le terrain.

Les besoins et les règles de reconversion seront correctement définis et donneront lieu à l'établissement d'un cadre guidé par les besoins, qui pourra ensuite être intégré dans la réforme du paysage hospitalier.

Toutes les initiatives en cours aujourd'hui ne sont pas mauvaises. On dit souvent au personnel que le ministre a pris telle ou telle autre décision. Ce n'est évidemment pas exact, mais toutes les opérations ne sont pas mauvaises. Il y a une dynamique. Le ministre estime, lui aussi, qu'il est très important d'associer le personnel.

De hervorming moet ertoe bijdragen dat er voldoende mensen rond de bedden werkzaam zijn. De klachten, zoals die ook door ACV Puls geformuleerd worden, gaan over de bezetting van de bestaande bedden. Wanneer daaraan niet verholpen wordt, leidt dit tot een vicieuze cirkel van werkdruk en ontmoediging.

Om daaraan te verhelpen moeten er in de toekomst minder acute bedden zijn, minder overnachtingen, in de mate dat dat menselijk, sociaal en medisch verantwoord is. Er moet meer ingezet worden op langdurig verblijf en op dagactiviteit. Daar moet het beschikbare personeel zo goed mogelijk ingezet worden, zonder lacunes, zonder stress, zonder die ongelooflijke druk op overuren.

De minister overlegt vrijdag met de vakbonden in het kader van het lopend sociale overleg. De minister gaat in dat overleg op een aantal vragen antwoorden. De minister wil de vinger aan de pols houden en zal nagaan of het terrein van oordeel is dat het voldoende betrokken wordt.

Mevrouw Natalie Eggermont (PVDA-PTB) zal het debat over de ziekenhuishervorming nog verder voeren. De spreker wijst op de mechanische redenering over het personeelstekort. Er is een personeelstekort omdat er te weinig personeel is voor de beschikbare bedden. Het sluiten van een aantal acute bedden en de overschakeling naar dagopnames zal het probleem niet als bij wonder oplossen. Bij dagopnames is de werkdruk enorm. Er moet goed opgelet worden dat het niet enkel om rekenkundige oplossingen gaat.

III. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Artikel 1

Dit artikel bepaalt de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

Art. 2 tot 10

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 2 tot 10 worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

La réforme doit contribuer à faire en sorte qu'il y ait suffisamment de personnel au chevet des patients. Les plaintes, telles qu'elles sont également formulées par ACV Puls, portent sur l'occupation des lits existants. Si ce problème n'est pas résolu, on tombera dans un cercle vicieux de charge de travail et de découragement.

Pour y remédier, il faudra réduire, à l'avenir, le nombre de lits aigus et de nuitées, dans la mesure où cet objectif est justifiable sur les plans humain, social et médical. Il faut miser davantage sur les séjours de longue durée et les activités de jour. Le personnel disponible doit y être affecté de la meilleure façon possible, sans lacunes, sans stress, sans cette pression incroyable liée aux heures supplémentaires.

Le ministre s'entretiendra le vendredi suivant avec les syndicats dans le cadre de la concertation sociale en cours. Lors de cette rencontre, il répondra à plusieurs questions. Il souhaite continuer à prendre le pouls du secteur et vérifiera si les acteurs de terrain pensent qu'ils sont suffisamment consultés.

Mme Natalie Eggermont (PVDA-PTB) poursuivra le débat sur la réforme hospitalière. L'intervenante épingle le raisonnement mécanique sur la pénurie de personnel. Il y a une pénurie de personnel parce qu'il n'y a pas assez de personnel pour les lits disponibles. La fermeture d'un certain nombre de lits aigus et le basculement en hospitalisations de jour ne seront pas la solution miracle. Lors des hospitalisations de jour, la charge de travail est énorme. Il faut veiller à ne pas se limiter à des solutions arithmétiques.

III. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

Article 1^{er}

Cet article fixe le fondement constitutionnel de la compétence.

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité.

Art. 2 à 10

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 2 à 10 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 11

De dames Katleen Bury en Dominiek Snelpe (VB) dienen amendement nr. 1 (DOC 56 1641/002) in, dat ertoe strekt de terminologie van het wetsontwerp in overeenstemming te brengen met de officiële benaming van het betrokken medisch specialisme en de desbetreffende opleidingen.

Het medisch specialisme waarnaar wordt verwezen in deze bepaling, is “fysische geneeskunde en revalidatie”. De term “fysieke geneeskunde” stemt niet overeen met de correcte benaming van dit medisch specialisme. Dat blijkt onder meer uit de FOD Volksgezondheid, die verwijst naar de erkenningscriteria voor geneesheren-specialisten voor de specialiteit fysische geneeskunde en revalidatie. Ook het RIZIV gebruikt die benaming in de nomenclatuur: “Fysische geneeskunde en revalidatie”.

De minister deelt mee dat de FOD Volksgezondheid bevestigt dat er al sinds de WUG-wet sprake is van fysieke geneeskunde. Een verandering (dus fysisch in plaats van fysiek) moet consistent en overal gebeuren. De minister vraagt het amendement te verwerpen.

Mevrouw Dominiek Snelpe (VB) wijst erop dat de naam van de opleiding “Fysische geneeskunde en revalidatie” is.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 11 tegen 2 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 11 wordt aangenomen met 11 tegen 2 stemmen.

Art. 12

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 12 wordt eenparig aangenomen.

Art. 13

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 13 wordt aangenomen met 10 tegen 3 stemmen.

Art. 11

Mmes Katleen Bury et Dominiek Snelpe (VB) présentent l'amendement n° 1 (DOC 56 1641/002) tendant à aligner la terminologie sur la dénomination officielle de la spécialité médicale concernée et des formations spécialisées correspondantes.

La spécialité médicale à laquelle la disposition proposée renvoie est la “médecine physique et réadaptation”. Dans le texte néerlandais, la formulation “*fysieke geneeskunde*” ne correspond pas à la dénomination correcte de cette spécialité médicale. Cela ressort notamment des informations fournies par le SPF Santé publique, qui renvoie aux critères d'agrément des médecins spécialistes pour la spécialité de médecine physique et réadaptation. L'INAMI utilise aussi la dénomination “*fysische geneeskunde en revalidatie*” dans la version néerlandaise de la nomenclature.

Le ministre indique que le SPF Santé publique confirme qu'en néerlandais, les mots “*fysieke geneeskunde*” sont utilisés depuis l'adoption de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé. Le remplacement (du mot “*fysisch*” par le mot “*fysiek*” dans le texte néerlandais) devrait être cohérent et s'appliquer partout. Le ministre demande de rejeter l'amendement à l'examen.

Mme Dominiek Snelpe (VB) souligne que la dénomination néerlandaise de la formation est “*fysische geneeskunde en revalidatie*”.

L'amendement n° 1 est rejeté par 11 voix contre 2.

L'article 11 est adopté sans modification par 11 voix contre 2.

Art. 12

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 12 est adopté à l'unanimité.

Art. 13

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 13 est adopté par 10 voix contre 3.

Art. 14 tot 16

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 14 tot 16 worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Art. 17

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 17 wordt aangenomen met 12 stemmen en één onthouding.

Art. 18 tot 46

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 18 tot 46 worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Art. 47 en 48

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 47 en 48 worden achtereenvolgens aangenomen met 12 stemmen en één onthouding.

Art. 49

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 49 wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 50 tot 52

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

De artikelen 50 tot 52 worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Art. 53

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Art. 14 à 16

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 14 à 16 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 17

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 17 est adopté par 12 voix et une abstention.

Art. 18 à 46

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 18 à 46 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 47 et 48

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 47 et 48 sont successivement adoptés par 12 voix et une abstention.

Art. 49

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 49 est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Art. 50 à 52

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 50 à 52 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 53

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

Artikel 53 wordt aangenomen met 11 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 54

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 54 wordt aangenomen met 11 stemmen tegen één en één onthouding.

*
* *

Op verzoek van *mevrouw Dominiek Sneppe (VB)* zal de commissie, met toepassing van artikel 83.1 van het Reglement, overgaan tot een tweede lezing van de door de commissie aangenomen artikelen.

De commissie wenst daartoe over een nota van de Juridische Dienst te beschikken.

<i>De rapporteur,</i>	<i>De voorzitter,</i>
Daniel Bacquelaine	Jan Bertels (a.i.)

L'article 53 est adopté par 11 voix et 2 abstentions.

Art. 54

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 54 est adopté par 11 voix contre une et une abstention.

*
* *

À la demande de *Mme Dominiek Sneppe (VB)*, la commission procédera, en application de l'article 83.1 du Règlement, à une deuxième lecture des articles adoptés en commission.

La commission souhaite disposer à cet effet d'une note de légistique du service juridique.

<i>Le rapporteur,</i>	<i>Le président,</i>
Daniel Bacquelaine	Jan Bertels (a.i.)