

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 16 JULI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 16 JUILLET 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 16 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.16 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 Débat d'actualité sur la concertation avec les syndicats de médecins et questions jointes de
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi-cadre de réforme des soins de santé" (56006902C)
- Dominiek Sneepe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La concertation avec les syndicats de médecins" (56006908C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La situation concernant la concertation avec les organisations de médecins" (56006910C)

01 Actualiteitsdebat over het overleg met de artsensyndicaten en toegevoegde vragen van
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kaderwet tot hervorming van de gezondheidszorg" (56006902C)
- Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overleg met de artsensyndicaten" (56006908C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken van het overleg met de artsenorganisaties" (56006910C)

01.01 **Dominiek Sneepe** (VB): Mijnheer de minister, op vrijdag 11 juli, onze nationale Vlaamse feestdag, werd opnieuw een poging ondernomen om tot een akkoord te komen met de artsensyndicaten over het voorontwerp van uw fameuze kaderwet. Voor de achtste keer, zult u zeggen, zat u met hen samen. Helaas is uit eerdere overlegmomenten weinig resultaat voortgekomen.

Het enige resultaat tot nu toe is dat de artsenspecialisten, na 25 jaar, nog eens het werk hebben neergelegd en gestaakt. Mijn vragen zijn dan ook eenvoudig. Wat is het resultaat van het overleg? Bent u bereid uiteindelijk toch enkele toegevingen te doen? En vooral, hebt u daadwerkelijk geluisterd?

01.02 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, op vrijdag 11 juli, onze Vlaamse feestdag, vond er inderdaad opnieuw overleg plaats met de artsenvakbonden over uw ontwerp van kaderwet. Hoewel u intussen al een tweede versie toe bent, verneem ik dat er fundamentele bezwaren blijven bestaan bij de artsenorganisaties. Die bezorgdheden zijn ernstig te noemen. Ze gaan over kernpunten die rechtstreeks raken aan het vertrouwen in ons gezondheidsbeleid.

Zo blijft er grote ongerustheid over de geplande regeling rond de ereloonsupplementen, over de dwingende drievierdemeerderheid die u oplegt in het Verzekeringscomité en de medicomut, en over de koppeling van geïndexeerde middelen aan de goedkeuring van een overeenkomst. Ook de bepalingen rond het intrekken van het RIZIV-nummer zijn onvoldoende precies omschreven, wat voor blijvende rechtsonzekerheid kan zorgen.

U wijkt vooral geen millimeter af van de plafonnering op 125 %, noch van de 25 % voor ambulante

praktijken. Kortom, mijnheer de minister, de afgelopen maanden maken één ding duidelijk: het is en blijft volgens ons absoluut uw methode. U pakt de zaken in de verkeerde volgorde aan. Er wordt met aandrang gevraagd om eerst werk te maken van andere hervormingen. In plaats daarvan wilt u toch doorzetten en vraagt u in feite een blanco cheque, om later heel wat zaken via een koninklijk besluit te regelen, buiten het Parlement om. Dat leidt uiteraard tot wantrouwen en achterdocht.

Mijn vragen zijn de volgende.

Wat is de concrete stand van zaken in de onderhandelingen met de artsensorganisaties op dit moment? Met andere woorden, wat is er vorige week na dat overleg nog gewijzigd? Op welke punten is uw ontwerp van kaderwet inmiddels aangepast? Wanneer verwacht u een akkoord te kunnen sluiten met de betrokken artsensorganisaties? Ten slotte, staat uw kaderwet geagendeerd op de ministerraad van aanstaande vrijdag?

01.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, dans la même lignée, c'était la méthode peut-être davantage encore que la réforme en elle-même qui a suscité beaucoup de critiques et d'émotion.

À l'instar de mes collègues, je vous poserai les questions suivantes. Qu'en est-il des concertations? La confiance a-t-elle pu être renouée? S'agissant du timing, quelles ont été les modifications apportées au regard de votre proposition initiale? Qu'en pensent vos partenaires de gouvernement?

01.04 Minister Frank Vandenbroucke: Dank u wel, mevrouw de voorzitter, collega's, voor de gelegenheid om het nog eens over deze zeer belangrijke kwestie te hebben. Ik hoop, mevrouw de voorzitter, dat u mij wat tijd geeft om het Parlement voldoende te informeren over wat voorligt en hoe het proces loopt.

Waarom moeten we absoluut investeren en hervormen in de gezondheidszorg? We zijn een samenleving met steeds meer ouder wordende mensen. Die vragen meer zorg, vaak ook complexe zorg, en dat creëert een enorme druk op de huisartsgeneeskunde, maar ook op het ziekenhuissysteem. We weten bovendien dat ook al het zorgpersoneel onder grote druk werkt. We moeten dus investeren en hervormen.

Als we hervormen, dan gaat het erom dat we de mensen die werken, vaak met hart en ziel, in de zorg correct vergoeden. Dat geldt voor alle artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, vroedvrouwen enzovoort. Correcte vergoedingen zijn een belangrijk onderdeel van de hervormingsagenda. Wat de artsen betreft, zijn we daar overigens al drie jaar intensief voor aan het werken en overleggen. Natuurlijk moeten we ook het andere zorgpersoneel correct kunnen vergoeden. Daarvoor zijn de nodige budgetten vereist.

Een tweede belangrijk punt is dat de ziekenhuizen waarin dat zorgpersoneel werkt adequaat en voldoende gefinancierd moeten worden. Ten derde moeten we de patiënten betaalbare zorg kunnen aanbieden en een beetje zekerheid over wat er uiteindelijk op de factuur zal verschijnen.

Het gaat dus om drie grote doelstellingen: het correct vergoeden van alle zorgverleners, met name artsen, maar ook tandartsen en anderen, het correct en volledig financieren van de ziekenhuizen, zodat ook het zorgpersoneel perspectief op verbetering krijgt, en betaalbare zorg voor alle patiënten, met voldoende zekerheid over de facturen die uiteindelijk zullen volgen.

Het regeerakkoord legt mij daarvoor ook een kalender op. Tegen het einde van dit jaar moet er namelijk een nieuw kader zijn. Het gaat om nieuwe wetgeving over de manier waarop in alle sectoren van de gezondheidszorg afspraken over officiële tarieven tot stand komen, de zogenaamde conventies.

Die wetgeving moet er liggen tegen het einde van dit jaar en in het regeerakkoord staat dat het de bedoeling is dat die ook onmiddellijk ingaat. Ik heb meteen gezegd dat men voor zulke hervormingen wat tijd moet nemen. We zullen de nieuwe wetgeving over het nieuwe conventiesysteem dus niet onmiddellijk laten ingaan. Voor mij kan dat wachten tot 2028, maar het is wel belangrijk dat het wetgevend kader er ligt, zoals het regeerakkoord ook vraagt.

Het regeerakkoord zegt ook heel duidelijk dat ik een kordater handhavingsbeleid moet organiseren in de hele gezondheidszorg, omdat men, zoals in andere maatschappelijke sectoren, jammer genoeg ook hier fenomenen ziet van grootschalige fraude en misbruik. Die zijn weliswaar marginaal, maar soms

toch zeer kwetsend. Het regeerakkoord bepaalt dan ook dat ik een handhavingsplan nodig heb dat begin volgend jaar operationeel is. Dat vraagt ook meer wettelijke mogelijkheden voor mijn administratie om efficiënt op te treden tegen oplichters en fraudeurs.

U vroeg mij of de wetgeving die nodig is voor dat nieuwe conventiemodel en voor de strijd tegen fraude nog op de ministerraad van volgende vrijdag in eerste lezing behandeld zal worden. Eerlijk gezegd weet ik dat niet. We hebben namelijk ontzettend veel agendapunten tussen nu en vrijdag, dus wat er wel of niet in eerste lezing zal komen, weet ik niet. Wat mij betreft, zoveel mogelijk, maar een eerste lezing is, zeker bij zo'n onderwerp, nooit een definitieve lezing. Ik kom daar zo meteen nog op terug. Dat zal waarschijnlijk ook voor andere ontwerpen van de regering zo zijn. Als iets in eerste lezing voorligt, kan men afspreken dat er in tweede lezing nog veel ruimte is om zaken ten gronde te veranderen. Ik weet dus niet of dit ontwerp in eerste lezing zal voorliggen, net zoals ik dat niet met zekerheid weet voor de pensioenen en andere belangrijke werven van de regering.

Ik wil op voorhand ook nog dit zeggen: er bestaan zeer veel misverstanden over dit ontwerp. Ik lees tot op vandaag bijvoorbeeld nog altijd dat er goed menende artsen zeggen: "We zijn in actie gekomen, want het is schandalig dat de minister nu zelf onze erkenningen, onze RIZIV-nummers gaat intrekken, als hij vindt dat we niet goed werken." Dat is volstrekte onzin. Het is misschien de vijfendertigste keer dat ik zeg wat voor volstrekte onzin dat is.

Ik las een arts in *Humo* die zei: "Ik heb het gelezen in het ontwerp." Dat is onmogelijk, want dat staat daar niet. Het is volstrekte onzin.

Ik zou zelfs nog iets anders willen zeggen, mevrouw de voorzitter. Als het gaat over de RIZIV-nummers, maar ook over de indexmassa, die voor de artsen zo belangrijk is – het is een zeer gevoelig punt in de discussie – dan creëren wij rechtszekerheid op punten waar er vandaag geen enkele rechtszekerheid is. De RIZIV-nummers, die bepalen dat een arts of tandarts mag factureren aan het RIZIV, hebben vandaag geen enkel wettelijk kader. De administratie doet daarmee wat ze denkt dat ze moet doen. Er is geen enkele wettelijke basis. Wij zullen daarrond rechtszekerheid creëren.

Wat de indexmassa betreft – die artsen terecht belangrijk vinden, want het gaat over centen, die niet onbelangrijk zijn –, er is vandaag geen enkele wettelijke basis die de minister ertoe verplicht om de indexmassa uit te keren aan de artsen als er geen akkoord is. Als een minister zou zeggen: "Jullie zijn er niet in geslaagd om een akkoord te sluiten in de medicomut, dus de indexmassa wordt niet uitgekeerd", dan heeft niemand een poot om op te staan om die minister terug te fluiten. Er is geen enkele wettelijke basis voor de verdeling van de indexmassa over de sectoren.

We creëren dus rechtszekerheid en duidelijke procedures waar er vandaag een totale leegte is. Eerlijk gezegd, ik denk dat het goed zou zijn dat de mensen die over dit ontwerp discussiëren dat ook meenemen. Wat de RIZIV-nummers betreft, doet de administratie vandaag gewoon haar zin. Wat de indexmassa betreft, doet de minister zijn goesting. Wij creëren rechtszekerheid, met procedures die ook verantwoordelijkheid vragen.

Ik heb inderdaad zeer veel overlegd met de artsenorganisaties, met de tandartsen en ook met andere sectoren. Er is ook gesproken met de apothekers en met de klinisch therapeuten over dit ontwerp. Er is zeer veel overleg geweest. Ik denk dat dat overleg ondertussen al heel wat heeft opgehelderd. Ook in de teksten die voorlagen, zijn al zeer veel en zeer belangrijke zaken gewijzigd. Ik wil dat vandaag, mevrouw de voorzitter, toch kunnen toelichten.

Om te beginnen – dat is al enkele weken duidelijk, denk ik – had ik voorgesteld om te stoppen met het systeem van de partiële conventionering, waarbij men een aantal uren werkt aan het officiële tarief en een aantal uren supplementen kan vragen. Ik had gezegd dat dat een ondoorzichtig systeem is, omdat patiënten niet weten op welk uur een arts of tandarts wat mag aanrekenen. Dat is ondoorzichtig en onduidelijk. Je bent geconventioneerd of je bent het niet.

Ik heb het idee om die tweedeling af te schaffen volledig teruggetrokken. Wat mij betreft, blijft de partiële conventie gewoon bestaan. Dan kan men uiteraard nog een discussie voeren over de modaliteiten. Ook wat dat betreft, sta ik open voor mogelijke bijstellingen, maar de partiële conventie blijft dus bestaan.

Ten tweede zegt de regering in haar regeerakkoord dat zorgverleners meer dan in het verleden moeten worden aangemoedigd om zich bij de conventie aan te sluiten. Die aanmoediging moet dus sterker zijn dan in het verleden. Daarom had ik voorgesteld om allerlei premies die we vandaag toekennen afhankelijk te maken van de vraag of een zorgverlener geconventioneerd is of niet. Wie de officiële tarieven respecteert, krijgt zulke premies. Wie die tarieven niet respecteert en ervoor kiest om niet toe te treden tot de conventie – wat nog altijd een recht is – krijgt die premies niet.

Daarop kwam er kritiek en daaraan ben ik volledig tegemoetgekomen. Het gaat dan om premies die verband houden met de kwaliteit van het werk. Die moeten beschikbaar blijven voor alle zorgverleners, niet alleen voor de geconventioneerden. Dat element heb ik dus gewijzigd. Het was een belangrijk discussiepunt.

Ten derde hebben we in nieuwe teksten duidelijk gemaakt wat het doel is van het tijdelijk intrekken van het nummer waarmee men kan factureren aan de ziekteverzekering. We hebben ook verduidelijkt hoe die procedure verloopt. Die loopt via een rechtscollege en er is altijd een beroepsmogelijkheid. De minister heeft met die procedure niets te maken. Het is een administratieve procedure, die verloopt via een rechtscollege, dat wordt voorgezeten door een magistraat. In dat college zijn, bijvoorbeeld wat de artsen betreft, ook de artsenorganisaties vertegenwoordigd. Dat rechtscollege doet dan uitspraken en het gaat alleen over zware inbreuken.

Sommige mensen blijven vandaag facturen sturen, soms voor honderdduizenden of zelfs miljoenen euro's. In zulke gevallen moet het mogelijk zijn dat men dat factureren kan stopzetten door het nummer in te trekken, maar dat zal worden beslist door een rechtscollege, met beroepsmogelijkheden.

Hetzelfde geldt voor iemand die onbekwaam is verklaard en die misschien gevaarlijk is om het beroep nog uit te oefenen. Door het nummer in te trekken, kan worden vermeden dat die persoon patiënten blijft wijsmaken dat hij nog kan werken, door te blijven factureren. Ook dat verloopt via een rechtscollege met mogelijkheid tot beroep.

Dat is dus uitgeklaard.

Ik kom tot een volgend punt. Hoe verloopt het overleg in de dentomut en medicomut en wat zijn de mogelijkheden om een gegeven woord of een akkoord op te zeggen? Ik heb de teksten ook op dat vlak grondig gewijzigd. Ik kan u iets zeggen, mevrouw De Knop, over de drievierdereg. Er was inderdaad één punt waar we die regel iets meer op de voorgrond brachten. Daarover ging het. Ik heb vorige week toegezegd aan de artsen en tandartsen dat, wat mij betreft, die regel er ook uitgaat. We zullen nergens, maar dan ook nergens, een drievierdereg installeren die vandaag niet bestaat. Dat is niet de bedoeling. U vermeldde dat als een belangrijk punt.

Verder heb ik heel duidelijk gemaakt dat de wetgeving zo in elkaar zal zitten – ik heb daartoe ook wijzigingen doorgevoerd – dat het onmogelijk wordt om de voorziene limieten op supplementen al vóór 1 januari 2028 toepasbaar te maken. Dat is onmogelijk, men kan dat niet versnellen. Ik kom daar dadelijk nog op terug.

Vrijdag hebben we een grondig overleg gehad over zes thema's. De agenda bestond dus uit zes thema's. We hebben het nog eens gehad over de fraudebestrijding. Er is gesproken over een correcte procedure om facturatie onmogelijk te maken bij fraudeurs, oplichters en mensen die hun beroep niet langer mogen uitoefenen. Dat hebben we nog eens grondig besproken.

Het tweede thema dat we vrijdag hebben besproken, was de financiering van de beroepsorganisaties. Ik heb daarbij duidelijk gemaakt dat dit een bijkomend element is, wat artsen en tandartsen betreft, voor een beperkt deel van hun budget, zoals dat al in andere sectoren bestaat, als men zegt dat ook het aantal geconventioneerden meespeelt. Ik heb vooral duidelijk gemaakt dat we over de praktische modaliteiten ook overleg mogelijk willen maken in de sectoren.

Het derde thema betrof de begrotingsprocedure. Daarnaast hebben we het gehad over de procedure om tot akkoorden te komen. We hebben het gehad over de nieuwe flexibiliteit die ik wil invoeren om binnen het conventiesysteem meer flexibiliteit te krijgen en meer rekening te kunnen houden met lacunes in de vergoedingen die niet onmiddellijk ingevuld worden, over noodzakelijke innovatie en tijdelijke problemen die opgelost moeten worden, over de nieuwe flexibiliteit die ik voorstel, met

richttarieven in alle sectoren. We hebben het ook gehad over de ereloonsupplementen.

Een aantal zaken zijn daarbij verder verduidelijkt, onder meer dat er over de modaliteiten voor de financiering van de beroepsorganisaties overlegd wordt. Ook is verduidelijkt dat het nooit de minister alleen zal zijn die een beslissing zal nemen over tarieven die opgelegd worden als het overleg in een sector volledig mislukt. Dat zal altijd een beslissing van de regering zijn.

Ook dat is dus verduidelijkt.

Daarnaast wil ik nog een aantal elementen toelichten die, denk ik, fundamenteel zijn en die ook fundamentele wijzigingen inhouden in het ontwerp dat voorligt. Het gaat om fundamentele wijzigingen, geen kleine aanpassingen.

Ten eerste, we spreken inderdaad over verschillende grote hervormingen in het conventiemodel en daarin de beperking van supplementen. We spreken daarnaast over de nieuwe financiering van de ziekenhuizen en over de herziening van de nomenclatuur. Het is heel duidelijk dat het nieuwe conventiemodel pas zal ingaan wanneer de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur hervormd zijn. Ik heb toegezegd dat we in de wet zullen schrijven dat, als de hervorming van de nomenclatuur of de ziekenhuisfinanciering om een of andere reden niet rond is op 1 januari 2028, de invoering van het nieuwe conventiemodel, en met name de beperkingen op de ereloonsupplementen, dan ook met een jaar wordt uitgesteld.

Dat is bijkomend voorgesteld.

Ten tweede heb ik wat de ereloonsupplementen betreft een dubbel aanbod gedaan, een op korte termijn en een structureel voorstel dat het hele verhaal een heel andere wending geeft. Ik weet dat de ereloonsupplementen een zeer gevoelige kwestie zijn en misschien wel de belangrijkste kwestie. We hebben gezegd dat, als de betrokken beroepsgroepen en de ziekenhuissector tegen midden september met feiten en representatieve, concrete casussen kunnen aantonen dat het onmogelijk zal zijn om een nomenclatuur en een ziekenhuisfinanciering te organiseren die toelaten om limieten op te leggen aan supplementen in de grootteorde die we voostellen voor 2028, we in tweede lezing nog altijd een aanpassing kunnen doen, zelfs als het ontwerp in eerste lezing al gepasseerd zou zijn.

Ik heb ook aan de ziekenhuiskoepels gevraagd om daarover grondig te enquêteren bij hun ziekenhuizen.

Verder, en fundamenteeler, heb ik voorgesteld om de discussie over de limieten op de ereloonsupplementen volledig in te kantelen in het overlegmodel. Men zegt namelijk dat de politiek te veel beslist en dat de overheid zich daarin te veel moeite doet. Daarom heb ik voorgesteld om een procedure uit te werken waarbij in elke commissie – de medicomut voor de artsen, de dentomut voor de tandartsen, de logomut voor de logopedisten, de kinemut voor de kinesisten enzovoort – de mogelijkheid gecreëerd wordt om in overleg tot een voorstel te komen om de plafonds op ereloonsupplementen te verhogen, eventueel voor bepaalde disciplines, prestaties, bepaalde subsectoren of in zijn geheel.

We stellen een procedure voor waarbij, als het overleg in zo'n commissie – waar de regering niet in zetelt – zou beslissen dat de plafonds verhoogd moeten worden, de regering die beslissing moet volgen. Wat ik voorstel, ten aanzien van de kritiek dat er te veel overheidsingrijpen zou zijn op de supplementen en dat het niet fijnmazig genoeg is, is een proces waarbij die plafonds in overleg bekeken worden. Er kunnen voorstellen komen om die te verhogen waar nodig, eventueel fijnmazig, gedifferentieerd, verschillend van sector tot sector, eventueel zelfs per subdiscipline.

Wat voorligt, is wetgeving die een kader schept. Die wetgeving gaat, wat de ereloonsupplementen betreft, ten vroegste in op 1 januari 2028. Als het nodig is, stellen we de invoering nog met een jaar uit. Kan men met cijfers in de hand aantonen dat het kader niet goed is, dat het werkelijk onleefbaar zou zijn, dan kunnen we het bij een tweede lezing nog herzien.

Men krijgt dus de tijd, van nu tot aan de invoering van dat nieuwe kader – begin 2028, of indien nodig een jaar later – om in het overleg in detail daarnaar te kijken. Men zal er in detail kunnen naar kijken en voorstellen doen om de limieten te verhogen. Het overleg krijgt dus een enorme opportuniteit. U zult

het met mij eens zijn dat dat geen kleine aanpassing is aan de optiek die nu voorligt.

Ik ga ervan uit dat de artsen en ook de ziekenfondsen, die zeggen dat er meer overleg nodig is, niet alleen nu, maar ook in de toekomst, die opportuniteit met twee handen zullen grijpen.

Ik kom nu tot de index, ook een zeer gevoelig punt voor artsen en tandartsen.

Nog eens, als er vandaag geen overeenkomst tot stand komt, dan is er niets in de wetgeving dat zegt dat de indexmassa uitgekeerd moet worden. Niets. De minister kan die gerust inhouden. Men kan naar de rechtbank stappen, maar de minister zal gelijk krijgen, want er is niets voorzien. Daarom creëren we nu wetgeving waarin we stellen dat de indexmassa moet worden uitgekeerd als er een akkoord is. We zeggen wel dat, als er uiteindelijk geen akkoord tot stand komt, die indexmassa niet wordt uitgekeerd. Ik heb wel een belangrijke precisering toegevoegd, een toegeving als u wilt. Ook als er geen akkoord is in de sector tussen de artsen en de ziekenfondsen, of tussen de tandartsen en de ziekenfondsen, wordt de indexmassa niet uitgekeerd, maar ze blijft wel beschikbaar. Ze blijft het hele jaar ter beschikking totdat men alsnog een akkoord bereikt heeft.

Hierbij wil ik toch iets belangrijks benadrukken. De indexmassa is traditioneel niet gewoon een lineaire indexering van tarieven. Het gaat om een massa geld, die vaak selectief wordt gebruikt om beleid te voeren binnen de sectoren. Sommige honoraria stijgen meer, andere minder, allemaal op basis van diezelfde indexmassa. Het gaat dus gewoon om een budget. Het is dus heel logisch dat, als er een voorstel ligt voor een nieuwe tariefstructuur – een verwevenheid van groeinorm en indexmassa, waarbij allerlei tarieven selectief worden aangepast –, maar als daar geen akkoord over is, de indexmassa ook niet wordt uitgekeerd. Dat is gewoon de logica zelve.

We creëren wel rechtszekerheid: als er een akkoord is, moet de indexmassa worden uitgekeerd. Bovendien heb ik verduidelijkt dat, als er ondanks allerlei tussenstappen geen akkoord tot stand komt binnen een sector – en er dus geen tariefzekerheid of officiële tarieven zijn – de regering dan tarieven kan opleggen. In dat geval moet de indexmassa altijd mee uitgekeerd worden. Ook dat hebben we nu in het ontwerp opgenomen.

Ik denk dat dit belangrijk is voor de artsen en tandartsen, die het debat over de indexmassa terecht als essentieel beschouwen.

Ik heb ook verduidelijkt wat ik heb toegezegd aan de ziekenhuiskoepels, namelijk dat de nieuwe financiering van de ziekenhuizen – die hopelijk van start gaat in 2028, waar we naartoe werken – van dien aard moet zijn dat de uitrusting, het verbruik, de hele verpleegkundige en personeelsomkadering... Wat mij betreft, zou ik daar ook de polykliniek in opnemen, die vandaag totaal niet gefinancierd is voor het ziekenhuis en vaak de reden is waarom men afdrachten vraagt.

De basisfinanciering van de ziekenhuizen moet bij de start zo zijn dat er geen enkele afdracht meer gevraagd moet worden aan de artsen. Dat is het startpunt. Dat is ook echt de bedoeling, en ik heb dat op papier toegezegd aan de ziekenhuizen.

Daarnaast hebben we ook over andere zaken gesproken, zoals de druk op de spoed en de huisartsenwachtposten. U weet dat dokter Roel Van Giel in zeer grondig overleg is met alle huisartsenorganisaties over de versterking van de huisartsenwachtposten. Dat gaat ook over de triage. We moeten de 1733 versterken en daarover zijn we in gesprek. De spoed en de druk op de spoed vormen een belangrijk zorgpunt.

Ik ben de hele ochtend in een ziekenhuis geweest, waar ik voornamelijk bezig geweest ben met de dienst pediatrie, maar ook met de spoed, de kinderpsychiatrie en spoedgevallen met psychiatrische problematiek. We moeten absoluut de crisis- en urgentiepsychiatrie versterken. Daar ligt ook geld voor op tafel, maar dat moet worden uitgerold. We moeten onze spoeddiensten helpen en ervoor zorgen dat mensen die eigenlijk gewoon een huisarts nodig hebben, niet op de spoeddienst staan. Dat is niet zo eenvoudig in het ziekenhuis waar ik was, namelijk het ziekenhuis van de VUB, gelet op de omgeving. Jammer genoeg zijn er veel mensen in Brussel die geen huisarts hebben, maar daaraan moet worden gewerkt. Dat is iets wat heel duidelijk uit het terrein naar voren komt en waar we aan zullen werken.

Er liggen dus zeer grondige wijzigingen voor die de optiek van het voorstel grondig bijsturen. Ik ga ervan

uit dat ik daarmee aan heel wat van de kritieken en verzuchtingen tegemoetkom. Met die discussie, na alles wat ik heb geleerd en met alle toezeggingen die aan artsen zijn gedaan, ga ik naar de regering. U zult gemerkt hebben dat anderen, met name de ziekenfondsen, vinden dat ik veel te veel toegevingen doe aan de artsen. Dat is nu eenmaal het proces van luisteren, overleggen, stappen zetten en nieuwe compromissen zoeken.

01.05 Dominiek Sneppe (VB): Dank u wel voor uw uitvoerige uitleg, mijnheer de minister. Die verschilt toch wel van wat wij hoorden. Ik ben dus nog wat kritisch over wat u hier allemaal komt te zeggen.

Dat hervormingen nodig zijn, daar begint u uw uitleg altijd mee. Uiteraard. Ik meen dat dit het eerste is waar iedereen het over eens is, ook de artsen, ook de tandartsen. Ik meen dat men het er in alle sectoren over eens is dat hervormingen zeker nodig zijn.

U hebt geschetst dat er bepaalde openingen zijn. Dat is uiteraard positief, maar ik vrees dat die openingen snel weer kunnen dichtvallen als u blijft vasthouden aan de huidige tijdsdruk. Mijn vraag is dan ook waarom u halsstarrig vasthoudt aan de door u voorgestelde timing. Volgens mij is die niet belangrijker dan de inhoud en de vooruitgang. Hervormen is zeker nodig. Efficiëntiewinsten moeten we zeker betrachten.

U had het ook over de index. Ik hoor op het werkveld dat men het daar nog niet overal eens is over wat u voorstelt, ook wat de intrekking van het RIZIV-nummer betreft. U verbloemt dat altijd wat, maar eigenlijk staat het er letterlijk. Ik zal proberen het voor te lezen.

Wat staat er in uw kaderwet? Tenzij het opeens helemaal veranderd is, natuurlijk. "Er wordt tevens aangegeven dat het vermelde RIZIV-nummer ook kan dienen voor andere doeleinden die worden vermeld in de regelgeving betreffende de verplichte ziekteverzekering. Er wordt een bevoegdheid gegeven aan de Koning" – lees uiteraard de minister – "om nadere regels te bepalen voor de toekenning, het gebruik, en de intrekking van een RIZIV-nummer om andere redenen dan handhaving." Dat staat hier.

01.06 Minister Frank Vandenbroucke: Mag ik u onderbreken? Dat is toch elementair. U zou dat ondertussen toch moeten weten, mevrouw Sneppe.

Ten eerste, dat staat er niet meer. Ik zeg al drie weken dat dit er niet meer staat, omdat het leidt tot het misverstand dat ik nu zal schetsen. Het is wel jammer dat u dat hier nu komt vertellen. Als in een wettekst staat dat de Koning bepaalde modaliteiten kan uitwerken, dan wil dit zeggen dat er een koninklijk besluit wordt genomen. Dat wil niet zeggen dat de minister zal beslissen. Nee, dat wil zeggen dat er een koninklijk besluit wordt genomen. In dat koninklijk besluit kan bijvoorbeeld staan dat de administratie van het RIZIV onder die voorwaarden dit of dat kan doen.

Als u nu echt meent dat als in een wettekst staat 'de Koning kan' dit betekent dat de minister zelf allerlei beslissingen zal nemen, dan hebt u blijkbaar nog nooit een wettekst goed gelezen. Het is de eerste keer dat ik u dit hoor zeggen, in alle eerlijkheid. Ere wie ere toekomt, maar dat is onzin.

Als er ergens staat 'de Koning kan', dan wil dat niet zeggen dat de minister allerlei beslissingen zal nemen. Dan zou daar staan 'de minister kan bij ministerieel besluit allerlei beslissingen nemen', wat iets totaal anders is. Dat men dat vertelt onder artsen en dat die dat geloven, kan ik nog begrijpen, maar ik vind het jammer dat de artsensorganisaties dat niet eerder hebben rechtgezet. Dit is onzin.

Bovendien, het staat er niet meer omdat er misschien hier en daar zijn die dat willen begrijpen zoals u het begrijpt en dat misbruiken. Wat was de inspiratie daarvoor? Dat waren de hoogbejaarde artsen, waarvan men zegt dat ze geen nummer meer moeten hebben. Voor mij moet dat niet. Het enige wat echt belangrijk is, is fraude en oplichterij aanpakken, net als gevaarlijke zorgverleners, die jammer genoeg bestaan. Sommige mensen derailleren immers een beetje na een aantal jaren en we moeten ervoor zorgen dat zij niet meer kunnen factureren.

Weet u wat de minister daarmee te maken heeft? Niets, nada, *rien*, nul. Dat gaat over een rechtscollege in de administratie waar de vertegenwoordigers van de artsenvakbonden deel van uitmaken.

01.07 Dominiek Sneppe (VB): Ik dank u voor deze precisering, maar ik hoor nog steeds dat het

intrekken van het RIZIV-nummer nog niet voldoende gedefinieerd is. Het is misschien al veranderd, maar het is nog niet voldoende gedefinieerd. Dat is wel iets belangrijks. Als een RIZIV-nummer zomaar kan worden afgenomen, dan is dat in sommige gevallen broodroof. Het is inderdaad niet de minister die zelf beslist, maar een koninklijk besluit wordt natuurlijk niet door het Parlement goedgekeurd. Dat is wat hier wordt bedoeld. Een koninklijk besluit wordt goedgekeurd door de minister en de ministerraad, maar niet door het Parlement. Het democratische karakter is dus ver te zoeken.

U hebt gezegd dat er een mogelijkheid bestaat voor een deelakkoord, voor een gedeeltelijke conventie, maar ik hoor ook dat dit nog niet in lijn is met wat men in de praktijk wil. Ik zeg niet dat u alles moet toegeven, maar het ene hangt samen met het andere.

Tegen het einde van dit jaar moet er wetgeving zijn voor het nieuwe conventiesysteem. Dat staat in het regeerakkoord, waarmee u altijd zwaait. Ik hoor nochtans van uw coalitiepartners dat er ook daarover nog wat wrevel bestaat. Het zal maar ingevoerd worden in 2027, maar eerst moet u een kader hebben. Daar zult u van alles insteken of uithalen en dat zal geregeld worden bij koninklijk besluit. Het Parlement staat dus opnieuw buitenspel. Dat lijkt mij de omgekeerde wereld.

U vraagt aan het werkveld om akkoord te gaan met het kader, waaraan echter nog van alles kan worden veranderd, toegevoegd of uitgehaald. Eigenlijk vraagt u het werkveld om een blanco cheque en zegt u dat de minister zal beslissen.

Ja, de minister beslist. Neen, goed, via een koninklijk besluit. Daar staat inderdaad niet in dat de minister zal beslissen of dat de minister alleen kan beslissen. Dat zou uiteraard nogal doorzichtig zijn.

Wat het aftoppen van de ereloonsupplementen betreft, is de vraag ook wat dat voor het RIZIV-budget oplevert. Ik weet niet of dat al berekend is. Dat is misschien een vraag voor de komende weken.

Het hangt allemaal samen. U bent ook zo eerlijk om dat toe te geven. De conventiehervorming, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering, de hervorming van de nomenclatuur, dat hangt allemaal samen. Toch zegt u dat uw kaderwet pas in 2028 zal ingaan. Mogen wij dan veronderstellen dat die drie hervormingen, de drie poten van de hervorming, ook tegen 2028 of misschien een jaar later klaar zullen zijn? Waarom moet daar dan expliciet 2028 staan? Waarom zegt u niet gewoon dat dit pas in werking zal treden wanneer de conventiehervorming, de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de hervorming van de nomenclatuur volledig op punt staan? Dat zou veel miserie kunnen vermijden.

U zei hier zelf – dat is uiteraard al een verduidelijking – dat als het in 2028 niet klaar is, we het met één jaar kunnen uitstellen. Daarna kan men dat eventueel nog eens met een jaar uitstellen. Ik begrijp dus dat het werkveld daarover ongerust is, want als u geen koninklijk besluit uitschrijft dat dit met een jaar wordt uitgesteld, dan treedt het in werking in 2028.

Mijnheer de minister, ik ben wel blij dat er al wat openingen zijn. Ik hoop dat wat u hier hebt verteld ook strookt met wat wij op het werkveld horen en dat dit ook op het werkveld doorsijpelt, want anders maakt u ons hier wat wijs. Dat is uiteraard niet de bedoeling van deze vragensessie.

We volgen het alleszins met argusogen op. Ik hoop dat we tijdens het reces niet moeten samenkomen om dit in het Parlement uit te klaren.

01.08 Irina De Knop (Open Vld): Ik wil eerst iets zeggen over de vorm. Normaliter hebben we twee minuten om onze vraag te stellen. De minister krijgt vervolgens vijf minuten spreektijd voor een toelichting, waarna wij weer één minuut krijgen voor een repliek. Het is heel moeilijk om diepgaand in te gaan op alle meegedeelde technische details over het overleg, punt voor punt, al zou ik dat wel willen doen. Ik had me daar dan wel graag op voorbereid.

La **présidente**: Permettez-moi de vous couper ici. M. le ministre avait annoncé d'emblée qu'il allait dépasser le temps imparti pour nous apporter des réponses complètes. S'agissant d'un débat d'actualité très important, j'ai répondu que je n'y voyais pas d'inconvénient. Vous voyez que nous n'avons pas enclenché le chrono. Donc, si vous voulez parler un peu plus longtemps, n'hésitez pas. De toute façon, je pense que nous reprendrons cette discussion à la rentrée.

01.09 Irina De Knop (Open Vld): Het is natuurlijk altijd heel erg moeilijk om zonder een laatste versie

van uw voorontwerp ten gronde te debatteren. Zoals collega Sneppe zei, hebben we feedback ontvangen van uw vergadering. We vernamen bijvoorbeeld dat bepaalde modaliteiten, onder andere rond de intrekking van het RIZIV-nummer, nog altijd niet duidelijk zijn.

Ik wil ook nog even ingaan op het pingpongspelletje dat hier gehouden wordt. Uiteraard kan en zal de minister dat doen via een koninklijk besluit. Precies daar is het echter onduidelijk hoe u daaraan invulling zult geven. Dat is net de essentie van het probleem, mijnheer de minister. Op het terrein heeft men geen vertrouwen meer in u en daarom werkt het als een rode lap op een stier om te lezen dat de regeling verder zal worden uitgewerkt via een koninklijk besluit.

01.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mag ik even?

01.11 **Irina De Knop** (Open Vld): Nu ben ik even aan het woord.

01.12 Minister **Frank Vandenbroucke**: De verwijzing naar een koninklijk besluit wordt volledig uit die tekst geschrapt. Heel die procedure zal in de wet worden uitgewerkt. Dus zelfs als het waar zou zijn dat men de regering wantrouwt, zal het Parlement die procedure in detail vastleggen. Dat is het voorstel.

01.13 **Irina De Knop** (Open Vld): Dat is dan een heel fundamentele wijziging. Ik verneem daarbij dat er, ook al gebeurt het op die manier, toch nog altijd vragen zijn over het feit dat u die procedure volledig onder de RIZIV-structuur brengt. Er wordt met name geen toegeving gedaan op het vlak van een beperking in de tijdsduur, noch wat betreft de hiërarchisering van inbreuken, noch met betrekking tot de bepaling van proportionaliteit. U stelt hier dat alle mogelijke toegevingen zijn gedaan, maar we vernemen dat er nog altijd heel wat vragen zijn en dat er zeker nog geen consensus over bestaat.

Wat het tweede thema betreft, namelijk de financieringsorganisaties, verneem ik ook dat in het overleg zou zijn toegelicht dat wat er staat niet zo moet worden gelezen, dat dat nog kan worden aangepast en dat de minister eigenlijk iets anders bedoelt dan wat er nu staat. Dat moet echter nog intern worden teruggekoppeld. Dus de vraag is of het nu in het derde of vierde ontwerp staat. *We don't know.*

Wat het derde thema betreft, de procedures rond de akkoorden tussen zorgverleners en verzekeringsinstellingen, hoor en lees ik dat er met betrekking tot de partiële conventie duidelijk aan u wordt gevraagd om verdere wijzigingen aan te brengen om voldoende flexibiliteit te voorzien wat betreft de dagen. Dat zou immers wat werkzamer zijn in ziekenhuispraktijken. Ook daarover vernemen we echter dat u niet verder wilt wijzigen.

U laat het principe dus wel toe, maar de modaliteiten zijn dusdanig dat het zeer onzeker is of dat voor artsen werkzaam kan zijn.

Wat betreft de index, u hebt daar heel uitvoerig naar verwezen. Ik ben zelf geen grote kenner, maar ik begrijp dat daar nog vele vragen over bestaan. Het is altijd zo geweest dat u die index wilt koppelen aan het al dan niet sluiten van een akkoord. De enige toegeving die u doet, is dat de index wordt geparkeerd tot er wel een akkoord is. Ook dat wordt gezegd, maar we moeten het nog lezen in de finale teksten.

Wat betreft de drievierdemeerderheid, zou u op het overleg hebben gezegd dat u dit verder wilt bekijken. Het is nog afwachten hoe dat zich zal vertalen in een volgende versie.

Ik sla enkele zaken over, omdat ik binnen de tijd wil blijven. Dan komen we bij de supplementen. Daar vernemen wij, hoewel u het hier anders zegt, dat u geen millimeter afstapt van de 125 %-regeling noch van het 25 %-plafond voor ambulante praktijken. Blijkbaar worden er harde conclusies getrokken door de sector op dat vlak.

Ik luister echt naar wat u zegt. U wilt nu een kader vastleggen dat u later kunt inzetten. Dat is precies de kern van het probleem. U wilt nu een kader vastklikken, terwijl de vraag blijft of binnen de marges die u mogelijk maakt, daadwerkelijk de nodige aanpassingen zullen plaatsvinden voor de ziekenhuizen en de artsen, als later blijkt dat dat kader fundamenteel onevenwichtig is. Daarnaast rijst de vraag of er ondertussen al geen schade is aangericht en of het misschien niet al te laat is.

Ik kom bij mijn conclusie, mevrouw de voorzitter. Het was al vijf voor twaalf. Door het protest en door

uw aanhoudende methode van de voorbije weken zijn we nu echt op twaalf uur aangekomen. We zijn misschien wel bij de grote finale, de ministerraad en de eerste lezing. Ondertussen houdt u halsstarrig vast aan de kaderwet en wilt u willens nillens doorgaan.

Ik meen te mogen stellen dat ik er samen met de andere leden van de oppositie en met de artsen en hun verenigingen alles aan heb gedaan om u te wijzen op de grote risico's die verbonden zijn aan het doorgaan met de kaderwet. Wij hebben in totaal vijf vragen gesteld. Wij hebben een interpellatie gehouden. Vandaag voeren wij een actuadebat, maar dat alles mag niet baten. Het is erg duidelijk dat u wilt doorgaan en dat u wel degelijk de intentie hebt om de wet nu vrijdag in de kern te behandelen.

Er rest ons dus niets anders dan ons nu te richten tot uw collega's uit de meerderheid. Ik kijk daarbij in de richting van de N-VA en de MR, een partij die vandaag volgens mij zelfs niet aanwezig is. Het is echt een vraag aan jullie of jullie akkoord gaan met het loslaten van de specificiteit van de vrije beroepen, met het loslaten van het overlegmodel en met het loslaten van de vrijheid van ondernemen. Net als de Hoge Raad voor de Zelfstandigen en de KMO en de artsenverenigingen vragen ook wij met aandring dat erover wordt gewaakt dat die principes worden gerespecteerd. Die principes van vrije beroepen, overlegmodel en vrijheid van ondernemen zijn nodig voor een kwalitatieve zorgverstreking. Ze zijn nodig om de vrije keuze van de patiënt voor zijn zorgverstrekker te kunnen garanderen in omstandigheden die respectvol zijn, zowel voor de zorgverstrekkers als voor de patiënten.

Collega's, daarmee rond ik af. Bezint eer ge begint, want onze vrees is dat we, eens we die kaap nemen, richting een vorm van staatsgeneeskunde gaan. In dat geval komt het gezondheidszorgsysteem dat we de voorbije decennia zorgvuldig opgebouwd hebben, mogelijk op de helling te staan.

01.14 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, je suis, pour ma part, un peu plus positive que mes collègues. J'estime qu'on avance par rapport aux différentes discussions qu'on a déjà pu avoir et au débat d'actualité. Dans les éléments qui viennent d'être communiqués, on retrouve les revendications des médecins généralistes ou spécialistes que j'ai pu rencontrer.

D'une manière générale, madame De Knop, vous parlez de la liberté des médecins, mais il faut aussi prendre en compte le fait que chaque citoyen a le droit d'être soigné dans les temps et de pouvoir se faire soigner, quels que soient ses moyens.

Vous avez dit d'emblée, monsieur le ministre, qu'il y avait eu des critiques de cette réforme, et que vous aviez donc apporté certaines corrections. C'est ce qui avait été demandé. En outre, vous dites que ce qui est important dans cette réforme de la santé, c'est qu'il y ait une correcte rémunération de tous les prestataires de soins, que les hôpitaux soient suffisamment financés et qu'il y ait une sécurité de la facturation pour les patients. Vous avez ajouté qu'il faut prendre le temps de faire correctement les choses.

Aujourd'hui, toute une série d'éléments ont été corrigés par rapport à votre première proposition. Je ne vais pas tous les redire, mais je pense que cela va dans le bon sens. Je ne pense pas que tout soit en place aujourd'hui, comme cela a été dit par ailleurs. Toute une série de remarques devront encore être faites et ajustées dans un équilibre global, à la fois pour le patient mais aussi pour permettre aux médecins d'exercer correctement leur profession et aux hôpitaux de pouvoir tenir aussi un équilibre.

Quand on choisit d'être médecin, l'objectif fondamental est de soigner les gens. Et les gens veulent être soignés. A un moment donné, il faut donc trouver cet équilibre qui permet aux prestataires de soins d'être rémunérés tout à fait correctement à la hauteur de leurs heures de travail, du travail qu'ils fournissent et du stress qu'ils vivent, mais qui permet aussi à tout un chacun de se soigner, sans attendre indéfiniment un rendez-vous ou sans devoir payer des suppléments. Je rappelle qu'une personne sur quatre refuse encore de se soigner faute de moyens. Que quelqu'un sacrifie sa santé, sa vie, parce qu'il n'en a pas les moyens, c'est inacceptable et cela me fait très mal.

En conclusion, je trouve que nous avançons dans la bonne direction, vers un équilibre global. Vous avez laissé des possibilités d'adaptation, et encore de la concertation. À chacun de prouver que le cadre n'est pas bon, le cas échéant.

Nous reviendrons, sans nul doute, sur ce débat, j'imagine avec un texte plus abouti, que vous pourrez

nous présenter. Nous pourrions alors constater si les éléments que vous apportez ici se retrouveront bien dans ce texte. Entretemps, nous aurons pu faire notre travail de parlementaires, de mandataires, à savoir rencontrer le terrain pour entendre les critiques, mais peut-être aussi les choses positives de cette réforme.

Merci pour ces éclaircissements.

01.15 Frieda Gijbels (N-VA): Het is een goede zaak dat er intussen aanpassingen en verduidelijkingen zijn doorgevoerd.

De soms hoge supplementen die worden gevraagd, zijn vaak niet te wijten aan de betrokken artsen of tandartsen. De oorzaak ligt meestal bij de achterhaalde terugbetalingstarieven. Als we willen zorgen voor een goede toegang tot zorg – tandzorg, algemene zorg en gespecialiseerde zorg – dan moet de financiering gelijke tred houden met de nieuwe ontwikkelingen en de hedendaagse praktijk. Dat geldt zowel voor de ziekenhuisfinanciering als voor de financiering van behandelingen en onderzoeken buiten het ziekenhuis.

In het verleden heb ik al gewezen op een aantal sectoren waar problematische terugbetalingstarieven ertoe leiden dat er supplementen moeten worden aangerekend en waar de conventiegraad doorgaans zeer laag is. U kent die sectoren, mijnheer de minister: dermatologie, kinesitherapie, parodontologie en orthodontie.

Ik ben vandaag speciaal naar hier gekomen om het te hebben over de bijzondere tandheelkunde en de kindertandheelkunde. Ze vormen een groep die we absoluut niet mogen vergeten. Ze verrichten bijzonder belangrijk werk. Ze trekken veel tijd uit om heel moeilijk behandelbare patiënten goed te verzorgen. Ik was dan ook erg geraakt door een bericht van iemand die zich toelegt op die bijzondere tandheelkunde. Die groep is al zwaar getroffen door het supplementenverbod voor patiënten met een verhoogde tegemoetkoming, dat tijdens de vorige legislatuur in werking is getreden. Vandaag zijn ze werkelijk ten einde raad en bijzonder ongerust. Ze merken ook dat het vertrouwen bij hun patiënten is afgenomen. Dat is geen onschuldige ontwikkeling. We moeten er echt aan werken om dat vertrouwen te herstellen. Voorheen kon zij heel goede afspraken maken met haar patiënten over de supplementen die zij noodgedwongen moest aanrekenen. Vandaag lukt dat veel minder. Er moet dringend perspectief komen voor die groep zorgverleners.

Ik hoop dat u dit signaal luid en duidelijk zult overbrengen, met name voor de groepen die zich vandaag ernstig zorgen maken. Zij zien dat er heel wat beweegt binnen het zorglandschap, terwijl ze vaak grote investeringen hebben gedaan waarvan ze nu niet zeker zijn of die nog wel zullen worden terugbetaald. Mijnheer de minister, u weet dat wij het ermee eens zijn dat er een correcte nomenclatuur moet komen en dat de ziekenhuisfinanciering moet worden hervormd. Wij willen die hervormingen echter eerst zien, vooraleer wij maximale percentages vastleggen die daarbovenop zouden worden gevraagd.

U geeft aan dat de ziekenfondsen en de beroepsverenigingen in overleg kunnen bekijken waar er eventueel hogere supplementen mogelijk zijn. Op zich is dat misschien een goede zaak, maar u mag niet onderschatten dat het vaak om kleine beroepsgroepen met specifieke problemen gaat, die niet vertegenwoordigd zijn in die vakbonden. We mogen hun niet de verantwoordelijkheid geven om dat op te lossen. Ik ben van mening dat dat een taak is voor de overheid. Wij moeten ervoor zorgen dat dat op een goede manier wordt geregeld. Ik kan er niet genoeg op aandringen, ik hoop dat u echt luistert naar die zorgverstrekkers en hun een oplossing biedt.

01.16 Jan Bertels (Vooruit): Mevrouw Gijbels, ik ben getriggerd door wat u terecht opmerkt over de kindertandheelkunde. Ik weet heel goed over wie u het hebt, want de overleden persoon woont in mijn buurt. Niet alleen de overheid, mevrouw Gijbels, maar ook de beroepsgroep moet een rol spelen. De beroepsgroep beslist ook over een deel van de extra middelen die ze ontvangt en die ze kan aanwenden. Die beroepsgroep moet dan ook algemeen bekijken welke noden er zijn. De kindertandheelkunde is daar een voorbeeld van. De beroepsgroep hoeft dat niet alleen te doen, we zullen hen daarin moeten ondersteunen. De beroepsgroep mag zijn verantwoordelijkheid echter niet ontlopen. Men kan geen tournée générale voor iedereen willen en daarna weer voor extra middelen voor een specifiek onderdeel aankloppen bij de overheid. De inspanning moet van beide kanten komen. De beroepsgroep weet dat ook. Ik hoop dat we daarin zullen slagen in de begroting voor 2026. De Vooruitfractie zal daarop in elk geval blijven aandringen.

Kindertandheelkunde, zeker voor personen die bijzondere begeleiding nodig hebben, moet beter gefinancierd worden. Daarover zijn we het hopelijk allemaal eens. We moeten er samen voor strijden dat daarvoor in de begroting voor 2026 extra middelen worden voorzien.

La **présidente**: Je pense que nous pouvons conclure ici ce débat, sur lequel nous reviendrons évidemment.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Les questions n° 56005709C de Mme Vandenberg et n° 56006356C de Mme Eggermont sont reportées.

02 Vraag van Meyrem Almaci aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Biggencastratie" (56006546C)

02 Question de Meyrem Almaci à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La castration des porcelets" (56006546C)

02.01 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): In 2023 werd een KB aangenomen dat varkenshouders toelaat zelf hun biggen te castreren onder specifieke voorwaarden. Ze dienen daarvoor verplicht een opleiding te volgen en over een schriftelijk akkoord van een dierenarts te beschikken. De uitvoering van het KB valt dus zowel onder de minister van Economie en Landbouw als onder de minister van Volksgezondheid voor wat het KB diergeneesmiddelengebruik betreft en de registratie van het akkoord.

Volgens de vigerende Europese wetgeving moet de overheid erop toezien dat varkenshouders die biggen castreren, alle voorwaarden volgen. In Vlaanderen verwezen de ministers Weyts en Brouns in antwoord op vragen naar het federale niveau voor de opvolging van de voorwaarden en ook naar de opleidingsverplichting van BePork, hoewel varkenshouders niet verplicht zijn om bij die instantie aan te sluiten, dat is eerder vrijwillig. Verder blijkt uit getuigenissen dat het FAVV niet altijd controleert of de varkenshouders het schriftelijk akkoord van de dierenarts correct bijhouden in het geneesmiddelenregister.

Omtrent de uitvoering van het KB diergeneesmiddelengebruik en de registratie heb ik een aantal vragen voor u, mijnheer de minister.

Welke verplichte opleidingen voor biggencastraties bestaan er momenteel voor varkenshouders? Wordt daarin verwezen naar het specifieke deel van de vereisten die de richtlijn oplegt? Wat zijn de vereisten om te slagen?

Hoe controleert de federale overheid of die opleidingen worden gevolgd en of ze voldoen aan de vereisten van de varkensrichtlijn? Zijn de varkenshouders met andere woorden op de hoogte van de verplichtingen waaraan ze moeten voldoen?

Hoeveel varkenshouders hebben de opleiding gevolgd sinds de inwerkingtreding van het KB biggencastratie?

Hoeveel controles zijn er gevoerd om na te gaan of de varkenshouders die biggen castreren de opleiding hebben gevolgd? Graag krijg ik daarover een aantal specifieke cijfers, al vermoed ik dat die eerder door de minister van Economie kunnen worden aangeleverd.

Wie controleert of de varkenshouders een schriftelijk akkoord kregen van een bedrijfsdierenarts voor de biggencastratie? Hoe wordt dat gecontroleerd?

Hoeveel controles zijn er uitgevoerd om na te gaan of de varkenshouders die biggen castreren een schriftelijk akkoord hebben? Ook daarover krijg ik graag een aantal specifieke cijfers die ik schriftelijk in mijn vraag heb opgevraagd.

Hoeveel processen-verbaal werden er opgesteld voor het ontbreken van een schriftelijk akkoord?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Almaci, ik dank u voor uw vraag en uw interesse in

deze kwestie. Voor alle aspecten moet ik u tot mijn spijt echter doorverwijzen naar mijn collega, minister Clarinval, die voor de materie bevoegd is.

02.03 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik heb er lang op gewacht, maar het was deze keer een kort antwoord. Toch moet ik zeggen dat het mij enigszins verbaast. U bent immers wel bevoegd voor het KB diergeneesmiddelengebruik en u beschikt in dat verband zeker over een aantal bevoegdheden.

Ik heb mijn vraag gelijktijdig ook aan minister Clarinval gericht. Wat ik echter merk, is dat er in zaken die het dierenwelzijn betreffen, heel vaak een 'pingpong' tussen ministers ontstaat. Dat blijkt uit mijn eerdere ervaring, van voor de regionalisering zowel als nadien, toen ik op het Vlaamse niveau actief was. Op het einde van de rit is evenwel niemand verantwoordelijk en heeft niemand een antwoord gegeven.

Als ik van minister Clarinval met betrekking tot het KB diergeneesmiddelengebruik, de controle daarop, de manier van sensibiliseren, de opleiding en de opvolging daarvan en de resultaten geen info krijg, dan zal ik mij opnieuw tot u richten. In dat geval zult u onderling overleg moeten plegen. Ik wil daarmee vermijden wat ik in het verleden te vaak heb meegemaakt, namelijk dat men eenvoudigweg zegt dat men niet bevoegd is en ik weer bij de andere minister moet aankloppen. Ik zit al iets te lang in het Parlement om dat nog aan te nemen.

Ik hoop dus dat mijn vraag in al haar aspecten duidelijk is. Het verbaast mij dat u aangaande het diergeneesmiddelengebruik stelt dat dat niet onder uw bevoegdheid valt. Dat impliceert toch dat er een bevoegdheidsoverdracht heeft plaatsgevonden. Zo begrijp ik dat. Dank u wel.

La **présidente**: Ce n'est pas particulièrement pour cette question, monsieur le ministre, mais chaque fois qu'on interroge un membre du gouvernement, il renvoie à un autre. C'est quand même assez désagréable pour les parlementaires, qui n'obtiennent pas de réponse et doivent aller poser leurs questions dans trois ou quatre commissions. À un moment, il faut pouvoir se mettre d'accord. Ce n'est pas propre à cette commission. J'ai encore eu le cas avec le ministre des Pensions. Lors de la dernière séance plénière, quand nous interrogeons le ministre Clarinval, il nous a chaque fois renvoyé vers l'un ou l'autre ministre. Nous n'avons jamais obtenu de réponse. Je vous propose d'en discuter avec vos collègues pour que les choses soient plus claires à la rentrée, de sorte que les réponses soient apportées aux parlementaires. Cela nous fera gagner du temps à tous.

02.04 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): De minister wou nog antwoorden, dacht ik.

Als ik van minister Clarinval geen bevredigend antwoord krijg, ga ik ervan uit dat ik toch bij minister Vandenbroucke mag aankloppen en dat de kwestie binnen de regering wordt herbekeken.

02.05 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ben bevoegd voor sommige aspecten van diergeneesmiddelen, maar uw vragen betreffen louter de bevoegdheden van mijn collega Clarinval.

02.06 Meyrem Almaci (Ecolo-Groen): Ik hoop dat minister Clarinval dat zal omarmen – wat ik enigszins betwijfel – en ik kijk uit naar zijn antwoord.

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

03 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toekenning van een ereteken aan een geschorste ambtenaar" (56006621C)

03 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'octroi d'une décoration à un fonctionnaire suspendu" (56006621C)

03.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, het is misschien al oud nieuws, maar toch belangrijk genoeg om op de agenda te plaatsen. De kwestie gaat over een federale ambtenaar die betrokken was bij de Medista-affaire. Voor de nieuwkomers onder ons, die affaire had betrekking op de aanbesteding van de opslag en de distributie van covidvaccins, die allesbehalve zuiver is verlopen, en

dat is dan nog zacht uitgedrukt.

Die federale ambtenaar komt in aanmerking voor een ereteken van de Belgische Staat. Hoe is dat in godsnaam mogelijk, mijnheer de minister? De betrokken ambtenaar werd geschorst nadat ernstige aanwijzingen van belangenvermenging en procedurefouten aan het licht kwamen. Nu zou dezelfde persoon, ondanks die schorsing, worden bekroond met een eerbewijs dat normaliter is voorbehouden voor mensen met een voorbeeldige staat van dienst.

Mijnheer de minister, wie heeft dat goedgekeurd en op basis van welke informatie werd dat goedgekeurd?

Is die persoon momenteel nog steeds geschorst? Wat houdt die schorsing in de praktijk precies in? Gaat het om loonverlies, taakverwijdering, of is de schorsing louter symbolisch?

Bent u van oordeel dat iemand die betrokken was bij een ernstig dossier zoals het genoemde en daarvoor gesanctioneerd werd, nog voor een ereteken in aanmerking kan komen?

Hebt u weet van andere gevallen waarbij geschorste ambtenaren in aanmerking kwamen voor dergelijke eerbewijzen binnen uw administratie?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, wat betreft uw eerste vraag, ik keur meerdere malen per legislatuur een lijst van personen goed die op basis van leeftijd en anciënniteit door de overheidsdiensten voor een ereteken worden voorgedragen. Dat maakt deel uit van een automatisch proces. Ik controleer de namen niet individueel, maar vertrouw op de procedures die door mijn administraties worden gevolgd. In de recentste lijst van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu was een fout gemaakt, die intussen is rechtgezet.

Op uw tweede vraag is het antwoord neen. Het betrokken personeelslid is niet langer geschorst en zal binnen een andere dienst worden tewerkgesteld. Dat betekent echter niet dat de tuchtprocedure is afgerond. Die is in afwachting van het resultaat van het strafrechtelijk onderzoek wel opgeschort. De voorzichtigheid gebiedt om geen uitspraken te doen gedaan in een tuchtdossier die later zouden kunnen worden tegengesproken in de strafprocedure. De tuchtprocedure kan opnieuw worden opgestart zodra het openbaar ministerie zijn werkzaamheden heeft afgerond.

Wat uw derde vraag betreft, ik ben van oordeel dat de regelgeving moet worden toegepast, meer bepaald artikel 11, § 1, van de wet van 1 mei 2006, betreffende de toekenning van een eervolle onderscheiding in de nationale orde.

Ik citeer wat artikel 11, § 1, bepaalt: "De personen die verwikkeld zijn in een gerechtelijke procedure voor een strafrechtelijke zaak, een gerechtelijk onderzoek of een opsporingsonderzoek, of in een tuchtrechtelijke procedure, mogen niet worden voorgesteld voor een eervolle onderscheiding in de nationale orde vóór de afloop van deze procedure. De overheidsdiensten zijn niet verplicht over te gaan tot het systematisch onderzoeken van een dergelijk feit. Indien zij echter hiervan kennis hebben, dienen zij voorlopig af te zien van elk initiatief. Niettemin moeten zij de afwezigheid van een veroordeling vaststellen."

Paragraaf 2 bepaalt: "Wanneer de zaak geklasseerd wordt zonder gevolg met ontslag van rechtsvervolg, vrijspraak of zonder tuchtstraf, wordt het voorstel tot toekenning ingediend of opnieuw ingediend met dezelfde ranginneming als deze in het oorspronkelijke voorstel en kan de schorsingstermijn in aanmerking genomen worden voor de berekening van de anciënniteit die vereist is voor een eventuele latere toekenning."

Paragraaf 3 bepaalt: "In geval van veroordeling of tuchtstraf kan de bevoegde overheidsdienst de opportuniteit van het voorstel tot toekenning opnieuw in overweging nemen, afhankelijk van de ernst van de veroordeling of tuchtstraf. In ieder geval wordt van het voorstel tot toekenning afgezien indien de veroordeling ontzetting uit een van de onderscheidingen of het verbod die te dragen tot gevolg heeft of indien de betrokkene veroordeeld werd tot een correctionele hoofdgevangenisstraf van één jaar of tot een zwaardere straf." Daarmee hebt u een lang citaat uit de wetgeving.

Wat uw vierde vraag betreft, ik heb binnen mijn organisatie geen weet van gevallen waarbij een

geschorste ambtenaar in aanmerking is gekomen voor een dergelijk eerbewijs.

03.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik ken de wet ook, want ik heb die opgezocht om zeker te zijn waarover het precies gaat.

Bij de schorsing van die ambtenaar stel ik me grote vragen. U zegt dat zij niet meer geschorst is, maar dat ze binnen een andere dienst tewerkgesteld zal worden, terwijl het tuchtdossier nog loopt. Ik vind dat een eigenaardige manier van werken, maar goed, blijkbaar kan het op die manier.

Blijkbaar is het niet ernstig genoeg dat die persoon gefraudeerd heeft in een miljoenenzaak. Toch komt zij in aanmerking voor een ereteken. Mocht die lijst niet onder de loep zijn genomen door een alerte ambtenaar of journalist, dan had die persoon toch een ereteken gekregen.

Misschien moet de werkwijze worden aangepast, want ik vind dat de administratie daarvoor aandacht moet hebben, aangezien de toekenning van een ereteken voor veel mensen een eer betekent. Daarom zou grondiger moeten worden onderzocht wie al dan niet zo'n ereteken krijgt. Het is niet zo dat ik of mijn partij bijzonder veel belang hechten aan dergelijke Belgische eretekens, maar in dit specifiek geval voelt het toch zeer onrechtmatig en onrechtvaardig aan.

Een ereteken zou dus een eer moeten zijn, zeker geen recht. Het is stuitend dat iemand die niet afkerig staat tegenover frauduleuze praktijken toch een blijk van waardering zou hebben gekregen. Dat ondermijnt niet alleen het vertrouwen in de overheid, maar vooral ook dat van de collega's die hun werk wel met precisie en in eer en geweten uitvoeren. Voor hen moet dat bijzonder wrang aanvoelen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La recrudescence des cas de gale en Belgique et les mesures sanitaires envisagées" (56006605C)

04 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename van het aantal gevallen van schurft in België en de eventuele gezondheidsmaatregelen" (56006605C)

04.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le ministre, selon une étude récente de Sciensano et de l'Institut de médecine tropicale, le nombre de cas de gale augmente de 15 % par an depuis 2011 en Belgique, tant dans les soins de première ligne que dans les populations précarisées. Certains spécialistes évoquent même les signes d'une épidémie, ce qui suscite une inquiétude croissante.*

Cette progression est également observable dans les centres pour demandeurs d'asile et parmi les personnes vivant dans des conditions de logement précaires, avec une hausse annuelle de 41 % dans ces contextes. Cette recrudescence d'une maladie parasitaire qui était auparavant mieux contrôlée soulève des préoccupations importantes en matière de santé publique, d'accès aux soins et de gestion des populations vulnérables. Des interrogations subsistent quant aux causes exactes de cette augmentation, ainsi qu'à l'efficacité de la prise en charge et des protocoles de traitement actuels.

Par ailleurs, les erreurs diagnostiques sont fréquentes, la gale étant souvent confondue avec de l'eczéma et le traitement est parfois mal appliqué ou mal suivi, ce qui nuit à l'éradication.

Mes questions, monsieur le ministre, sont:

Confirmez-vous les données relayées par Sciensano et les constats de progression de la gale? Comment expliquez-vous cette hausse constante depuis 2011? La situation actuelle peut-elle être considérée comme une épidémie au sens sanitaire du terme? Quelles mesures préventives et de sensibilisation sont actuellement mises en place, notamment auprès des médecins généralistes et des structures d'accueil précaires?

Des campagnes d'information, avec les pharmaciens, sont-elles envisagées pour améliorer l'application correcte des traitements et éviter les erreurs de diagnostic?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Dufrane, s'agissant des données relayées par

Sciensano, l'étude qu'elle a menée en 2023 en collaboration avec l'Institut de Médecine Tropicale a en effet montré une augmentation des cas de gale en Belgique. Cette hausse est également observée dans d'autres pays européens. La cause n'en est pas unique. Il s'agit probablement d'une combinaison de facteurs tels que les difficultés de diagnostic, un traitement complexe nécessitant l'application minutieuse d'une crème, le respect des mesures d'hygiène et le besoin d'identifier et traiter les contacts. Il est également possible qu'une résistance aux traitements disponibles soit en train d'apparaître. La part respective de ces différents facteurs fait actuellement l'objet d'une étude plus approfondie menée par l'Institut de Médecine Tropicale.

On peut parler d'une épidémie dans le sens où l'on voit clairement plus de cas que les années précédentes. Néanmoins, il importe de nuancer. Il s'agit d'une maladie infectieuse qui nécessite un contact cutané de dix à quinze minutes pour contaminer d'autres personnes. Ce n'est donc pas comparable à la transmission du covid ou de la rougeole, par exemple. En outre, la maladie provoque beaucoup de désagréments en raison des démangeaisons intenses qu'elle entraîne, mais elle peut être parfaitement guérie sans séquelles si elle est traitée correctement.

Par ailleurs, la prévention relève de la compétence des Régions, mais mon administration m'a rassuré sur le fait que la Flandre et la Wallonie prennent des initiatives à cet égard.

En ce qui concerne le diagnostic, celui-ci est bien sûr réservé au médecin. Quant à l'application du traitement, les pharmaciens ont également accès aux outils mis à la disposition des professionnels par les Régions. En Wallonie, l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) prépare un plan d'action contre la gale. La sensibilisation des pharmaciens en fait partie. De plus, le Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP) a consacré le *Folia pharmacotherapeutica* du mois de juillet de cette année à la prise en charge médicamenteuse de la gale, à destination des professionnels de la santé. Ce document rappelle notamment les modalités d'application et de prise des traitements disponibles et peut servir de support aux pharmaciens dans leur rôle de conseil.

Une bonne nouvelle est que l'Ivermectine, un traitement oral, est remboursé depuis peu. Pour certains patients ou dans certaines situations, cela peut être une meilleure solution que les crèmes.

04.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses, même si je ne suis pas totalement rassuré étant donné que certains évoquent une résistance au traitement actuel. J'ai hâte, néanmoins, de prendre connaissance des résultats de l'étude de l'Institut de Médecine Tropicale.

Pour le reste, je me réjouis d'apprendre que le volet relatif à l'information et à la communication, notamment par l'intermédiaire des Régions ou de l'AVIQ se met en place.

Je vous remercie encore d'avoir pris le temps de me répondre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'incidence du travail de nuit sur le risque de cancer du sein" (56006633C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact du travail de nuit sur la santé des femmes" (56006730C)

05 Samengevoegde vragen van

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het effect van nachtwerk op het risico op borstkanker" (56006633C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het effect van nachtwerk op de gezondheid van vrouwen" (56006730C)

05.01 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, une étude anglaise, publiée dans ERJ Open Research s'est penchée sur les conséquences du travail de nuit sur la santé des femmes.*

Résultat: les femmes effectuant exclusivement des nuits ont un risque 50 % plus élevé d'asthme modéré à sévère que les femmes travaillant de jour. Ce sur-risque n'est pas observé chez les hommes,

quel que soit leur horaire de travail. Chez les femmes ménopausées sans traitement hormonal de substitution, le risque est presque doublé, augmentant de 89 % parmi les travailleuses de nuit.

Monsieur le ministre, votre gouvernement a décidé d'intensifier le travail de nuit en l'étendant à tous les secteurs. Quelles politiques de prévention va être mise en place? Les employeurs seront-ils responsabilisés? Une personne ménopausée au chômage sera-t-elle forcée d'accepter un travail de nuit au risque d'être sanctionnée si elle refuse? Les impacts de cette réforme sur la santé de la population seront-ils monitorés?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Vous m'interrogez sur l'impact du travail de nuit sur la santé des femmes. Plus précisément, vous souhaitez savoir si, dans le cadre d'une éventuelle extension du travail de nuit, des politiques de prévention seront mises en place, si les employeurs seront responsabilisés et si une personne ménopausée au chômage pourrait être contrainte d'accepter un travail de nuit sous peine de sanction en cas de refus.

Pour ces trois questions, je vous invite à vous adresser à mon collègue David Clarinval, ministre de l'Emploi, car ces aspects relèvent de ses compétences.

Enfin, vous souhaitez savoir si les impacts de cette réforme sur la santé de la population feront l'objet d'un suivi. À ce sujet, le Conseil scientifique de Fedris effectue une veille active, notamment par le biais de ses différentes commissions médicales, afin d'identifier, le cas échéant, l'existence ou l'émergence de risques professionnels et ce, pour l'ensemble des travailleurs de nuit.

Si un tel risque devait être détecté, le Conseil scientifique de Fedris chercherait à établir des éléments de preuve justifiant les conditions d'un risque professionnel. Le cas échéant, cela pourrait conduire à proposer l'inscription d'une pathologie dans la liste officielle des maladies professionnelles reconnues.

De manière plus générale, le travail de nuit constitue un sujet sensible. Ce n'est pas un hasard s'il fait l'objet de procédures spécifiques, encadrées par une législation stricte. Un débat est actuellement en cours au sein du gouvernement fédéral en vue d'assouplir certains éléments de ces procédures et d'élargir, dans une certaine mesure, le cadre juridique.

Pour ma part, je suis convaincu qu'un minimum de procédures reste indispensable, car le travail de nuit ne peut, en aucun cas, devenir une norme banalisée.

05.03 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je suis heureuse de vous entendre quand même traiter ce sujet avec sérieux et ne pas minimiser l'impact du travail de nuit sur la population. Ma question portait spécifiquement sur une étude qui a montré l'augmentation des risques de développer de l'asthme chez les femmes. Mais, on le sait, le travail de nuit a évidemment un impact sur l'ensemble de la population, y compris les hommes.

J'entends chez vos collègues une volonté d'étendre rapidement le travail de nuit à tous les secteurs, avec peu d'encadrement prévu, peu de monitoring. Je compte donc vraiment sur vous pour que, dans les équilibres, il y ait cette attention de la part du ministre de la Santé pour que l'impact du travail de nuit sur la santé soit pris en compte.

Il ne faudrait pas que certaines personnes présentant des facteurs de risque soient contraintes d'accepter un travail de nuit et qu'à défaut, elles soient sanctionnées. C'est en effet quelque chose qu'on ne peut pas normaliser et banaliser vu l'impact.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 56006642C de Mme Carmen Ramlot est reportée.

06 **Samengevoegde vragen van**

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Overdosering van afslankmedicijnen" (56006652C)
- Kathleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De overdosering van afslankmedicijnen" (56006844C)

06 **Questions jointes de**

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les overdoses de médicaments amaigrissants" (56006652C)
- Kathleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le surdosage des médicaments amaigrissants" (56006844C)

06.01 **Kathleen Bury** (VB): Mevrouw de voorzitter, weet u of mevrouw Depoorter naar deze vergadering onderweg is?

La **présidente**: Nous n'avons pas de nouvelles. Comme je l'ai fait pour Mme Schlitz, qui était avec une autre personne, vous pouvez poser votre question ou la reporter à la rentrée. Vous êtes en droit de la poser.

06.02 **Kathleen Bury** (VB): Onlangs stond in verschillende media het bericht dat sommige mensen bewust een dubbele dosis afslankmiddel nemen in de hoop sneller gewicht te verliezen.

Wordt het profiel van die mensen bijgehouden? Hoe oud zijn ze, wat is hun geslacht, hun medische voorgeschiedenis en hun gewicht?

Gaat het vooral om patiënten die het middel op doktersvoorschrift krijgen of gaat het eerder om illegale aankopen via het internet en in het buitenland, een fenomeen waarover we al vrij veel vragen hebben gesteld?

Wordt het voorschrijfgedrag van artsen voldoende opgevolgd? Overweegt u bijkomende maatregelen om misbruik en gezondheidsrisico's te beperken?

06.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitster, misschien kan ik uitzonderlijk ook antwoorden op de vragen van mevrouw Depoorter, die anders altijd stipt aanwezig is. Dan hebt u meteen het geheel van het antwoord.

De bezorgdheid over het toenemende foute gebruik – of zelfs misbruik – van afslankmedicijnen als Wegovy en Ozempic is absoluut terecht. Laat het duidelijk zijn: die geneesmiddelen zijn bedoeld voor gebruik onder strikt medisch toezicht, niet voor vrije circulatie via sociale media of obscure onlinekanalen.

Op dit moment nemen we inderdaad verschillende initiatieven om ongepast gebruik te ontmoedigen en, liever nog, onmogelijk te maken. Via farmainfo.be, een initiatief van het FAGG, wordt het publiek actief geïnformeerd over de correcte indicaties en de risico's van die middelen. Informatie is daarbij geen doel op zich, maar een hefboom tegen desinformatie en risicovol gedrag. Specifiek wordt er ook gewaarschuwd voor onlineaankopen, met de expliciete vermelding van GLP-analogen zoals semaglutiden.

Daarnaast werd er onlangs een gerichte socialemediacampagne gevoerd over de gevaren van illegale onlineaankopen van geneesmiddelen. Het Antigifcentrum en het FAGG wisselen systematisch gegevens uit over gemelde incidenten. Er loopt een onderzoek naar manieren om die samenwerking verder te intensiveren, onder meer om sneller overdoseringen te signaleren.

Daarnaast werden in het kader van het actieplan rond semaglutiden brieven gestuurd naar artsen, apothekers en zelfs patiënten, om ongepast voorschrijf- en aflevergedrag te ontmoedigen. In sommige gevallen zijn er zelfs dossiers doorgestuurd naar het parket.

We blijven de situatie nauwgezet opvolgen in samenwerking met het RIZIV, het FAGG en andere betrokken instanties.

Het aantal oproepen aan het Antigifcentrum in verband met Ozempic en verwante middelen zoals

semaglutiden stijgt, maar blijft binnen de verwachtingen. Dat is te verklaren door de toenemende populariteit en beschikbaarheid van die geneesmiddelen. In 2023 ging het om 211 oproepen, waarvan 192 volwassenen betroffen en 151 specifiek over semaglutiden gingen. Bij kinderen ging het om 19 oproepen. De meeste meldingen zijn gerelateerd aan vergissingen in het gebruik, zoals een verkeerde dosis of een fout tijdstip van injectie. Gelukkig zijn de gemelde gezondheidsklachten doorgaans beperkt in ernst en vooral van gastro-intestinale aard, zoals misselijkheid en braken.

Bij een eerste oproep aan het Antigifcentrum wordt de herkomst van het geneesmiddel niet standaard bevestigd. Het centrum richt zich op de inschatting van het toxisch risico. De medische voorgeschiedenis of de aankoopwijze wordt alleen genoteerd als de patiënt die spontaan meedeelt.

Er zijn meldingen waarbij patiënten geneesmiddelen via kennissen verkregen of in het buitenland aankochten. Die gegevens zijn echter te beperkt om er algemene conclusies uit te trekken. Het doel, zoals gewichtsverlies in plaats van diabetes, en het al dan niet beschikken over een voorschrift worden dus niet systematisch geregistreerd.

Het aantal terugbetaalde verpakkingen van Ozempic per patiënt wordt opgevolgd door registratie van de aflevering in hoofdstuk 4. Daarnaast is vergoeding mogelijk via de melding ZTD (zorgtraject diabetes) door patiënten die in dat zorgtraject zitten. We hebben vastgesteld dat via die laatste weg soms onterecht vergoedingen worden toegekend. In sommige gevallen gaat het om bewuste fraude. Om die reden heb ik aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) de opdracht gegeven om de vergoedingsmodaliteiten van Ozempic te herbekijken en de schrapping van de vergoeding via de schriftelijke melding zorgtraject op te heffen.

De populatie wordt niet aangepast – dezelfde voorwaarden blijven van kracht – maar de controle wordt op die manier verhoogd. Verder zijn we bezig met de implementatie van een tellersysteem dat ons een duidelijker beeld moet geven van het precieze aantal verpakkingen per patiënt, niet alleen van Ozempic, maar ook van andere geneesmiddelen.

De FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het FAGG hebben samen het actieplan Semaglutiden uitgerold, in samenwerking met andere bevoegde instanties. Naast informatiecampagnes voor zorgverleners en patiënten werd in 25 apotheken met een opvallend afleverpatroon bijkomend onderzoek gevoerd.

Op basis van meldingen van apothekers heeft het FAGG bovendien dossiers van vermoedelijk misbruik van Ozempic aan het parket overgemaakt.

Het FAGG blijft paraat om ook in de toekomst juridische stappen te ondernemen waar nodig. Zo blijft de overheid niet alleen inzetten op bewustmaking, maar ook op actieve handhaving van het correcte gebruik van die geneesmiddelen.

06.04 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U zegt dat het voorschrijfgedrag wordt opgevolgd en zelfs doorgestuurd naar het parket. Dat is goed.

Wat de huidige regelgeving betreft, blijf ik toch een beetje op mijn honger over de manier waarop we dat in de toekomst het best kunnen aanpakken, ook ten aanzien van mensen met zwaarlijvigheid. Ik weet dat een spuitje geen magisch middel is, maar voor veel mensen met aanzienlijk overgewicht kan het, met de nodige begeleiding, wel een stap zijn naar een leven met veel minder kwaaltjes en andere medische aandoeningen die op latere leeftijd vaak gerelateerd zijn aan het overgewicht dat ze al jaren meedragen. Men moet dus zeker blijven opvolgen of dat de juiste weg is.

U hebt niet genoeg cijfers om na te gaan of men soms een beroep doet op kennissen of het buitenland. Vanwaar komen evenwel die overdosissen? U beschikt niet over genoeg informatie om uw beleid daarop beter af te stemmen. Ik kan een voorbeeld geven dat aantoont hoe creatief mensen zijn. Mijn echtgenoot is huisarts en wordt soms opgebeld met de mededeling dat men er volledig naast heeft gespoten of dat men een injectie kwijt is en de vraag wat men dan moet doen. Het antwoord is dat het aantal injecties spijtig genoeg vastligt voor die periode, maar we kunnen ons wel afvragen of die persoon de spuit dan misschien heeft doorgegeven aan een kennis.

Het tellersysteem is ook voor andere medicatie heel handig. Ik heb heel goede zaken gehoord, maar ik blijf wel nog een beetje op mijn honger, wat het misbruik en de initiatieven daarrond betreft. U zegt dat u initiatieven neemt om misbruik onmogelijk te maken. U duwt daarvoor in de richting van een website voor de correcte indicatie. Er werd tevens een socialemediacampagne gevoerd, waarvan ik aanneem dat die intussen is afgelopen. U zegt verder dat het voorschrijfgedrag wordt opgevolgd, maar zijn dat dan de initiatieven om misbruik onmogelijk te maken, of was u wat bondig in uw antwoord? Ik volg het in elk geval verder op.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56006660C de Mme Eggermont est reportée.

07 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De KCE-studie over de intensivarediensten" (56006705C)

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het KCE-rapport over de hervorming van de intensievezorgdiensten" (56006873C)

07 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude du KCE relative aux services de soins intensifs" (56006705C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport KCE sur la réforme des services de soins intensifs" (56006873C)

07.01 **Katleen Bury** (VB): Ik heb de 21 pagina's tellende samenvatting van het KCE-rapport gelezen, met het aantal erkende intensivarebedden. Het rapport bevat tal van aanbevelingen.

Erkent u die volgens mij zeer goede aanbevelingen? Wat denkt u bijvoorbeeld van een erkenning van twee zorgniveaus, met kwaliteitscriteria per niveau? Wat is uw visie op de norm inzake personeelsbezetting? Welke acties overweegt u tegen de uitstroom van gespecialiseerd personeel? Hoe staat het met een evenwichtige geografische spreiding? Komt er een realtime ICU-databank zoals aanbevolen?

07.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Het KCE-rapport over de organisatie en de financiering van intensieve zorg beveelt aan om intensieve zorg in twee niveaus in te delen, algemene en gespecialiseerde intensieve zorg, en voor elk niveau criteria vast te leggen. Vooral de opnamecriteria moeten ervoor zorgen dat de ernstig zieke patiënt op de juiste plaats terecht komt, met de nodige personeelsomkadering. De erkenning in twee niveaus sluit aan bij de internationale praktijk en bij de huidige feitelijke organisatie van de intensieve zorg in België. Het omzetten van een feitelijke situatie naar een wettelijk verankerde structuur is essentieel om uniformiteit, transparantie en kwaliteitsgarantie in de organisatie van intensieve zorg te waarborgen. Zonder formele criteria kunnen er kwaliteitsverschillen ontstaan tussen eenheden die zich op hetzelfde niveau bevinden. Patiënten met complexe zorgbehoeften lopen daardoor het risico in een minder geschikte setting terecht te komen.

Een formeel systeem helpt bij het bepalen welke patiënt op welk niveau zorg nodig heeft. Zonder dat kader kan triage suboptimaal verlopen, met overbelasting van gespecialiseerde centra of verkeerde inschattingen van de zorgcapaciteit tot gevolg. Een formeel systeem maakt gerichte financiering, capaciteitsplanning en toezicht mogelijk.

Het rapport gaat niet specifiek in op de geografische spreiding van intensieve zorg, het aantal diensten en de locatie van die diensten, maar beveelt aan om de spreiding af te stemmen op de geplande hervorming van het ziekenhuislandschap. Bij het organiseren van intensieve zorg moet immers expliciet rekening worden gehouden met de onderlinge afhankelijkheid van andere medische specialismen, ondersteunende diensten en cruciale apparatuur. Vergelijkbare aanbevelingen werden eerder geformuleerd, bijvoorbeeld voor de materniteiten en de pediatrie diensten. Door de onderlinge afhankelijkheid van ziekenhuisdiensten is het aangewezen om een globale hervorming door te voeren en niet per afzonderlijke dienst.

Het KCE beveelt ook aan om per intensieve zorgseenheid minstens twaalf erkende bedden te voorzien. De belangrijkste boodschap is dat een algemene intensieve zorgseenheid voldoende schaalgrootte moet hebben voor een efficiënte en kwaliteitsvolle inzet van de beschikbare capaciteit en dan vooral van medische en verpleegkundige expertise.

De controle van de verpleegkundige personeelsbezetting, de 3-op-1-ratio, behoort tot de bevoegdheid van de deelstaten. Ik verwijst hiervoor naar het eisenkader 'functie voor intensieve zorg'.

Een van de acties tegen de uitstroom van gespecialiseerd personeel is de hervorming van de nomenclatuur voor artsen. Door de nomenclatuur te moderniseren en beter op de huidige medische praktijk en werkbelasting af te stemmen, streven we naar een eerlijkere en meer motiverende verloning.

Het risico op uitstroom van gespecialiseerde verpleegkundigen kan worden verminderd door de personeelsinzet beter af te stemmen op de zorgzwaarte van de opgenomen patiënten. Dat is net een van de centrale doelstellingen van de voorgestelde differentiatie van intensieve zorg in twee niveaus. Door het onderscheid te maken tussen eenheden met een lagere en een hogere zorgcomplexiteit kan het beschikbare verpleegkundige personeel doelgerichter worden ingezet, wat leidt tot een meer evenwichtige werkverdeling. Dat draagt niet alleen bij tot een betere kwaliteit van de zorg, het vermindert ook de werkdruk en het verhoogt de jobtevredenheid van verpleegkundigen, wat op zijn beurt de retentie van gespecialiseerd personeel kan bevorderen.

De auteurs van het rapport beklemtonen dat bepaalde analyses en resultaten met de nodige voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden, wegens het ontbreken van specifieke gegevens over intensieve zorg. Voor de verdere uitwerking van de criteria per niveau is het dus essentieel dat er betere en meer gedetailleerde data over de intensieve zorg beschikbaar zijn.

Dat vereist de ontwikkeling van een datasysteem dat kwaliteitsopvolging mogelijk maakt. Het systeem moet toelaten om kwaliteitsindicatoren te ontwikkelen, de personeelsinzet te monitoren en aan te passen op basis van de zorgzwaarte en klinische ernst, scores voor risicocorrectie te gebruiken, benchmarking tussen ziekenhuizen te faciliteren en realtime dashboards te ondersteunen. De toegang tot gegevens moet afgestemd zijn op het beoogde gebruik, met respect voor gegevensbescherming, proportionaliteit en transparantie. Een eerste stap bestaat erin om te overleggen met de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde en de betrokken beroepsverenigingen van verpleegkundigen, zoals aangekondigd in het KCE-rapport.

Ik zal mij niet direct uitspreken over dat interessante rapport. De inhoud houdt wel verband met de opdracht om het volledige ziekenhuislandschap onder de loep te nemen. Die opdracht heeft de interministeriële conferentie Volksgezondheid toevertrouwd aan een onafhankelijke taskforce onder leiding van Peter Degadt en Jean Bernard Gillet. De taskforce moet tegen het einde van het jaar een rapport voorleggen. Hij beschikt daarbij over een grote mate van vrijheid, wat essentieel is voor een onafhankelijke werking. Ik weet niet in welke mate de taskforce in detail zal ingaan op het thema intensieve zorg. Evenmin weet ik welke aanbevelingen hij al dan niet zal overnemen. Het lijkt mij alleszins logisch dat de hervorming van de spoeddiensten in het bredere kader van het toekomstige ziekenhuislandschap wordt bekeken.

07.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het is positief dat u het rapport al doorgenomen hebt. Ik begrijp dat de ene beleidsmaatregel soms op de andere moet wachten. Hoe dan ook moet er spoed gezet worden achter de hervorming van de urgentiediensten.

Een van de aanbevelingen is dat spoeddiensten van een voldoende grote schaal moeten zijn en minstens twaalf erkende bedden ter beschikking moeten hebben. Daarnaast vraagt men acties tegen de uitstroom van gespecialiseerd personeel. Uiteraard komt opnieuw de hervorming van de nomenclatuur voor artsen aan bod, evenals de nood aan een evenwichtigere werkverdeling. Op dat vlak blijf ik toch enigszins op mijn honger. Er is duidelijk meer aan de hand.

Ten slotte wijst u op de obstakels om een databank op te richten. Het lijkt me moeilijk aan de burger uit te leggen dat zo'n databank er nog steeds niet is, terwijl zo'n realtime databank toch van groot belang is in geval van een grote ramp wanneer calltakers van 101-oproepen toch moeten kunnen weten welk ziekenhuis nog plaats heeft voor welke urgente gevallen.

Als eerste stap hebt u het over een overleg, maar zeker wat de databank betreft, moet er veel meer spoed achter worden gezet, omdat die gewoon noodzakelijk is. Ik volg het dossier verder op.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact des épisodes de forte chaleur sur la population" (56006735C)

08 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het effect van hittegolven op de bevolking" (56006735C)

08.01 Ludivine Dedonder (PS): *Monsieur le ministre, la Belgique a traversé fin juin 2025 un épisode de fortes chaleurs, et la situation devrait se répéter et s'intensifier à l'avenir en raison du dérèglement climatique. Ces périodes caniculaires ont un impact réel sur la santé publique, en particulier pour les personnes âgées, les jeunes enfants et les patients souffrant de pathologies chroniques.*

Dans plusieurs hôpitaux du pays, dont les Cliniques universitaires Saint-Luc, on observe des admissions aux urgences pour des états de déshydratation, des altérations de l'état général, voire des insuffisances rénales ou complications cardiovasculaires. Si la situation y semble globalement maîtrisée, elle révèle surtout l'importance d'un suivi localisé et de données régionales détaillées.

C'est pourquoi j'aimerais vous interroger sur la situation spécifique en Wallonie picarde, territoire regroupant des zones rurales, urbaines, et un public potentiellement vulnérable:

- Disposez-vous de chiffres récents relatifs au nombre d'admissions aux urgences ou d'hospitalisations liées à la canicule dans les établissements hospitaliers de notre pays et dans ceux de Wallonie picarde en particulier? Comment ces chiffres ont-ils évolué au cours des dernières années lors des épisodes de fortes chaleurs?

- Pouvez-vous m'indiquer s'il y a eu des décès et combien?

- Quels publics sont principalement concernés (personnes âgées, enfants, patients chroniques, sans-abris...)?

- En fonction des publics les plus touchés par cette problématique et en coordination avec les entités fédérées et les différents acteurs, prévoyez-vous un renforcement des actions de prévention ciblée?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis un peu gêné, mais je dois vous dire que vos questions relèvent des compétences des entités fédérées. Aussi n'ai-je aucune réponse à vous apporter. On vit dans un pays compliqué.

08.03 Ludivine Dedonder (PS): L'ensemble des questions concerne le niveau de la Région!?

08.04 Frank Vandenbroucke, ministre: C'est ce qu'on m'a rapporté, oui!

08.05 Ludivine Dedonder (PS): Bien, merci! On s'adressera donc à l'autre autorité!

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le cadastre des remboursements de soins" (56006748C)

09 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het kadaster van de terugbetalingen van zorgverstrekking" (56006748C)

09.01 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, les droits des personnes transgenres et notamment l'accès aux soins de celles-ci est un sujet qui me tient particulièrement à coeur.

Bien que des avancées aient pu être constatées ces dernières années, les personnes recevant des soins liés aux organes sexuels se voient toujours refuser le remboursement parce qu'elles ont changé leur marqueur de genre. Par exemple, un homme transgenre n'a plus droit au remboursement d'une mammographie ou d'une IVG, tout comme une femme transgenre se verra refuser un soin lié à la prostate.

Les patients témoignent d'une opacité et d'une complexité pour ces remboursements, notamment à cause des codes INAMI utilisés et des incohérences entre les mutuelles.

Monsieur le ministre, pouvez-vous me confirmer que certains remboursements sont toujours conditionnés au genre administratif et non à la présence d'organes sexuels? Où en est le cadastre que vous aviez chargé votre administration de réaliser sous la précédente législature en collaboration avec mes équipes?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Schlitz, vu sa complexité et sa densité, la réglementation actuelle n'est pas encore pleinement adaptée sur ce plan. Plusieurs réglementations en matière de soins de santé ont déjà été adaptées afin de garantir un remboursement aux personnes dont les marqueurs biologiques ne correspondent pas au sexe administratif, comme par exemple le cas de la réglementation relative à l'intervention spécifique dans le coût des contraceptifs.

Pour le cas des mammographies que vous mentionnez, certains codes de nomenclature ne sont pas liés à une condition relative au sexe administratif. De même, pour l'IVG, la convention avec les centres d'accompagnement médico-psycho-social en cas de grossesse non désirée a par ailleurs été modifiée afin de permettre aux hommes transgenres de bénéficier de son application. Le terme "bénéficiaire" est en effet chaque fois utilisé.

Lors de la rédaction de nouvelles réglementations, il est tenu compte d'une formulation basée sur les réalités biologiques et non purement administratives. L'objectif demeure d'adapter l'ensemble des réglementations en matière de soins de santé, mais il convient de tenir compte des processus existants d'adoption de la réglementation.

La mise en place de solutions visant à permettre une identification globale des prestations concernées est en cours. En raison de la densité de la nomenclature des prestations et vu l'exercice en cours de réforme de la nomenclature, la réflexion va y être intégrée.

L'instauration d'une telle solution doit tenir compte des contraintes du système et des contraintes des différents partenaires, relatives notamment aux éléments techniques des méthodes de facturation. Dans l'intervalle, les nouvelles conditions de remboursement sont rédigées en tenant compte de l'objectif de neutralité poursuivi. La modification de certaines conditions de remboursement est mise en œuvre au cas par cas et des solutions *ad hoc* sont déployées le cas échéant.

09.03 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Merci pour la réponse. C'est une bonne nouvelle que cela avance. J'espère qu'il pourra y avoir des avancées significatives durant cette législature. Ce dossier empoisonne véritablement la vie des personnes transgenres, qui ont déjà énormément de difficultés et d'imbroglios administratifs. Si elles pouvaient être débarrassées de ce problème et avoir un meilleur accès aux soins de santé, ce serait une très bonne chose pour nos concitoyens.

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

10 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès aux injections d'oestrogène" (56006749C)

10 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot oestrogeeninjecties" (56006749C)

10.01 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, l'accès aux traitements hormonaux affirmant le genre reste en Belgique semé d'obstacles; c'est notamment le cas pour les injections d'oestrogènes,

l'œstradiol, qui ne sont actuellement pas légales dans notre pays, contrairement à ce qui est autorisé dans plusieurs pays européens ainsi qu'en Asie.

Cette situation a des conséquences concrètes sur la situation de santé et la qualité de vie des femmes transgenres. En l'absence de possibilité d'accès à l'œstradiol injectable par voie légale, elles sont contraintes soit de recourir à une administration orale, qui est moins efficace et parfois mal tolérée, soit de se tourner vers des canaux illégaux ou informels pour se procurer l'hormone par voie injectable. Le recours à l'automédication via des produits non contrôlés expose ces personnes à des risques sanitaires majeurs comme l'absence de suivi médical, la mauvaise conservation des produits, le dosage incertain, l'absence de stérilisation du matériel, sans compter les risques juridiques associés à l'achat ou à l'administration de médicaments en dehors du cadre légal.

Dans d'autres pays, la disponibilité de l'œstradiol injectable permet de mieux adapter les protocoles hormonaux aux besoins individuels en réduisant notamment les risques cardiovasculaires associés à la voie orale chez certaines patientes, et en améliorant l'efficacité du traitement.

Alors, monsieur le ministre, nous confirmez-vous que l'œstradiol injectable n'est pas autorisé à l'heure actuelle en Belgique? Quelles en sont les raisons scientifiques ou réglementaires? Êtes-vous en contact avec l'AFMPS pour réévaluer cette interdiction, en particulier à la lumière des pratiques médicales sûres déjà en place à l'étranger? Et enfin, envisagez-vous de permettre l'usage encadré, prescrit et remboursé de l'œstradiol injectable, afin d'éviter les dérives de l'automédication et de garantir un parcours de soins sécurisés aux femmes transgenres? Je vous remercie.

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: En effet, l'Agence fédérale des médicaments et produits de santé confirme qu'aucun médicament injectable contenant de l'œstradiol n'est autorisé en Belgique.

Le fait que ces médicaments ne sont pas sur le marché en Belgique n'est pas dû à une interdiction de l'AFMPS, mais au fait qu'aucune demande d'autorisation de mise sur le marché n'a été introduite auprès de l'AFMPS à ce jour. Afin d'obtenir une autorisation de mise sur le marché, une firme pharmaceutique doit soumettre une demande d'autorisation de mise sur le marché auprès de l'AFMPS. L'AFMPS évalue la qualité, l'efficacité et la sécurité du médicament sur la base d'un dossier scientifique soumis.

L'autorisation de mise sur le marché est uniquement délivrée quand le bilan bénéfices-risques du médicament dont l'indication prévue pour le groupe cible de patients est positive. Le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché décide quand le médicament sera commercialisé en Belgique et qui, en conséquence, soumet les demandes de prix et de remboursement nécessaires aux autorités compétentes.

Si le médicament n'est pas encore commercialisé en Belgique, mais qu'il l'est dans un autre pays, il peut être importé par un pharmacien sur la base d'une déclaration du médecin, conformément à l'article 105 de l'arrêté royal du 14 décembre 2006.

Selon la base de données des médicaments autorisés dans l'Union européenne, un médicament injectable contenant de l'œstradiol n'est autorisé qu'en République tchèque et en Slovaquie. D'après le site web de l'Agence slovaque des médicaments, cette autorisation a été délivrée en 1969, à une époque où les deux étaient encore unis.

En définitive, l'importation, conformément à l'article 105 de l'arrêté royal du 14 décembre 2006, ne peut se faire que sur base d'une prescription médicale.

10.03 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Vous reconnaîtrez qu'il existe tout de même de très nombreux freins pour les femmes transgenres à pouvoir se procurer cette substance, qui est particulièrement importante dans le cadre de leur transition. C'est évidemment extrêmement problématique – et j'imagine que vous me rejoindrez sur ce point – de devoir dépendre de la bonne volonté d'une firme pour introduire une demande d'autorisation en vue de commercialiser un médicament dans notre pays, alors qu'il devrait être possible, à l'inverse, pour un État de déterminer les substances nécessaires à sa population.

Une fois encore, nous sommes confrontés à une logique de marché, alors que la question des

médicaments devrait relever d'un service public beaucoup plus régulé et ce, indépendamment même du coût que cela représente pour la sécurité sociale.

J'espère donc que vous pourrez prendre ce dossier à bras-le-corps et faire en sorte de le faire avancer, car j'entends bien que ces personnes pourraient demander à leurs pharmaciens de faire venir la substance, mais cela reste particulièrement complexe pour des personnes qui cumulent déjà de nombreuses difficultés administratives. Je vous remercie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

[11] Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La détresse des infirmières et infirmiers" (56006752C)

[11] Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De penibele werksituatie van de verpleegkundigen" (56006752C)

[11.01] Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, une nouvelle étude du SPF Santé publique révèle un malaise croissant dans la profession d'infirmier et infirmière. Un quart des infirmiers veulent partir après moins de 10 ans d'ancienneté. Or c'était 7 % seulement pour ceux qui ont 30 ans d'ancienneté. C'est un phénomène qui se développe au sein des jeunes infirmiers et infirmières. Il y a 43 % des infirmiers et infirmières en Wallonie qui se sentent en mauvaise santé en raison de leur travail. La reconnaissance par la hiérarchie est de 70 % en Flandre, mais n'est que de 56 % en Wallonie. Il y a 60 % seulement des infirmiers et infirmières diplômés qui sont actifs dans leur secteur, ce qui constitue une des causes de la pénurie que nous connaissons actuellement. Or vous êtes en train d'envisager la possibilité de faire travailler les infirmiers et infirmières après l'âge de la pension. Mais le secteur a aujourd'hui besoin de solutions qui sont davantage pérennes. Ces travailleurs réclament du temps et des conditions de travail dignes.

Monsieur le ministre, quelles solutions à long terme allez-vous adopter sous cette législature? Quel est le résultat du travail entamé en 2022? Quelle politique de prévention allez-vous développer pour faire en sorte que le bien-être au travail soit de retour dans cette profession centrale pour notre société?

[11.02] Frank Vandenbroucke, ministre: L'enquête sur la carrière des infirmiers à laquelle vous faites référence a été réalisée à la demande de la commission de planification afin d'intégrer ces perspectives lors de ses prochains travaux sur la profession. Dans l'attente de ces travaux, les professions d'infirmier et d'aide-soignant font l'objet d'un monitoring récurrent de leur force de travail par mon administration.

Afin d'avoir une vision globale des problèmes de bien-être au travail rencontrés par le secteur des professionnels des soins de santé, j'ai commandé l'étude Be.well.pro. J'attends pour fin 2025 les recommandations de cette étude, qui me permettront de mettre en œuvre des actions ciblées pour améliorer le bien-être au travail.

En juin 2024, la Commission de planification a rendu un avis sur la force de travail des infirmiers et a formulé des recommandations suite au scénario d'évolution de la force de travail d'ici 2046. L'avis recommandait de poursuivre les réformes du cadre législatif des soins infirmiers entamées en 2022. C'est ce que j'ai fait. Ainsi, la fonction d'assistant en soins infirmiers a été créée. Les premiers diplômés seront sur le marché de l'emploi en Flandre en juin 2026. Ils offriront un support non négligeable aux infirmiers. En 2024, la possibilité de réalisation d'activités infirmières par des aidants qualifiés dans le cadre du secteur de l'aide pour les bénéficiaires en situation stable a été introduite dans la loi. La réalisation d'activités qui devaient auparavant être réalisées par les infirmiers peuvent maintenant légalement être réalisées par des tiers dans le cadre des activités de la vie quotidienne.

Ces législations permettront aux infirmiers de réduire leur charge de travail et d'utiliser leurs compétences spécifiques là où elles sont indispensables. Vers la fin de cette année, nous travaillerons activement aux arrêtés d'exécution afin de permettre à l'infirmier en soins généraux de déléguer des activités infirmières de la catégorie B2 à des assistants en soins infirmiers et des activités infirmières plus simples – la catégorie B1 – à d'autres professionnels de la santé dans le cadre d'une équipe de soins structurés.

Dans le futur, la nouvelle fonction d'infirmier de pratique avancée, mise en œuvre en 2024, offrira des perspectives de carrière horizontale aux infirmiers. Cette perspective devra se poursuivre avec l'introduction de la fonction d'infirmier chercheur clinicien.

Toutes ces réformes devraient avoir des effets concrets dans le futur, tant sur l'activité que sur la rétention des infirmiers. Je n'ai pas mentionné tous les détails des réformes qui ont été réalisées ou qui sont prévues, mais il est évidemment aussi crucial de revaloriser concrètement le contenu du profil et les possibilités d'action des infirmiers responsables pour les soins généraux.

Il est d'ailleurs précisé dans l'accord de gouvernement qu'il faut absolument revaloriser ce type de professionnel, qui sera chargé de la coordination des équipes de soins structurés.

11.03 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Merci pour cette réponse, monsieur le ministre. La fin de votre réponse me rassure, car j'entends votre volonté de renforcer et de revaloriser la fonction. Ce processus passe, selon moi, par au moins deux choses. La première est évidemment la revalorisation salariale parce que beaucoup d'infirmiers et infirmières se sentent en réalité lésés par rapport à leur investissement et à leur travail. Ils ont l'impression que, par rapport à d'autres professions, ils sont bien peu considérés au regard de leur salaire.

L'autre aspect, c'est évidemment le temps de pouvoir faire son travail dans des bonnes conditions auprès des patients, qui sont des personnes malades et dont ils représentent parfois la seule visite de la journée. On ressent la détresse des soignants, qui ont peur de mal faire leur travail en raison de l'absence de collègues ou de pénuries de personnel.

Il s'agit là d'un système qui fonctionne à flux tendu et qui est à deux doigts de craquer. Selon moi, c'est vraiment sur ce front qu'il faut avancer. On ne peut pas continuer à se dire qu'on va continuer à faire travailler des infirmiers et infirmières pensionnés au-delà de l'âge de la pension pour pallier les pénuries – ce qui, par ailleurs, creuse un nouveau trou dans la sécurité sociale – et déléguer toute une série d'actes à d'autres professions, ce qui a pour effet de dévaloriser la fonction d'infirmier ou d'infirmière.

Il est temps d'entreprendre des réformes structurantes qui permettent aux infirmières et aux infirmiers de poursuivre leur métier et d'en avoir envie, alors que c'est souvent une passion pour laquelle des jeunes décident de suivre ces études. Donc, ne les décevons plus.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des cas de burn-out et de dépression" (56006754C)

12 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het stijgende aantal burn-outs en gevallen van depressie" (56006754C)

12.01 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, entre 2018 et 2023, le nombre de personnes en incapacité de travail depuis plus d'un an en raison de troubles mentaux, principalement des dépressions et des burn-out, a bondi de 44 %. Le constat dressé par l'INAMI est sans appel. Les troubles mentaux entraînant une invalidité de longue durée sont en forte augmentation. En 2023, ils représentaient 37 % des 526 507 invalidités enregistrées, soit près de 198 000 personnes. Parmi elles, 137 454 étaient touchées par une dépression ou un burn-out, un chiffre en hausse de 9 % par rapport à l'année précédente.

Alors monsieur le ministre, quelles solutions allez-vous apporter à cette problématique croissante? Quelle stratégie de bien-être au travail? Quels contacts avec les employeurs? Estimez-vous que les réformes de votre gouvernement ont actuellement vocation à pallier ce phénomène? Avez-vous tenu compte de cette tendance dans le cadre de votre stratégie de remise au travail des malades longue durée? Je vous remercie.

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: La prévention primaire du burn-out et de la dépression est une réponse importante. Je suis tout à fait d'accord avec mon homologue, le ministre de l'Emploi, qui

est responsable de ce dossier. Par la mise à disposition d'outils, les différents secteurs doivent être sensibilisés en fonction de la prévention de ces risques, mais vous savez bien que je ne me dérobe pas à ma responsabilité.

Le parcours du burn-out de Fedris s'adresse aux personnes qui en sont au tout début et qui ne sont pas encore en incapacité de travail ou qui viennent seulement de tomber en arrêt. Pendant la précédente législature, en tant que ministre de la Santé publique, j'ai intégré ce parcours dans le programme structurel de prévention de Fedris.

Évidemment, ce n'est qu'une des mesures que j'ai prises pour le soutien et l'accompagnement des personnes en incapacité de travail. L'objectif est toujours de leur donner toutes les chances de reprendre le travail dans les meilleures conditions possibles.

Différents trajets ont été créés pour donner les opportunités nécessaires à ces personnes. En plus des mesures générales que j'ai déjà prises dans le cadre de ma politique de retour au travail, par exemple la réforme du processus d'évaluation de l'incapacité de travail, j'ai également lancé des mesures spécifiques pour les personnes atteintes d'une maladie mentale.

Premièrement, j'ai demandé à l'administration d'analyser comment renforcer la collaboration entre les services de l'Emploi et ceux chargés de l'incapacité de travail, dans le cadre de la convention Psychologues de première ligne. Cette convention cible les personnes souffrant de troubles psychiques légers à modérés. Pour ce groupe, il est essentiel de miser sur la prévention de l'incapacité de travail. Pour ce faire, il est nécessaire de fournir aux psychologues et aux médecins généralistes des outils concrets d'accompagnement.

Deuxièmement, pour les personnes confrontées à des troubles psychiques modérés à sévères, un retour à l'emploi n'est envisageable, dans certains cas, qu'avec un accompagnement intensif. Cet accompagnement est proposé via la méthodologie du placement et de l'accompagnement individuel, appelée IPS (*Individual Placement and Support*). Ce modèle repose sur un principe fondamental: accompagner les personnes concernées dans leur recherche d'emploi le plus tôt possible, et continuer à leur offrir un soutien personnalisé et soutenu une fois qu'elles ont décroché un emploi.

La valeur ajoutée de cette approche a été démontrée à de nombreuses reprises à l'étranger, et les premiers résultats observés en Belgique semblent aller dans le même sens. Les résultats définitifs sont attendus pour 2026.

La mesure et l'évaluation de l'impact de ces initiatives, tout comme la transparence dans la communication des résultats, sont des éléments centraux de la politique que je souhaite défendre. C'est dans cet esprit que l'INAMI a publié le baromètre du retour au travail. Ce nouvel outil regroupe une série d'indicateurs essentiels pour évaluer les politiques liées à l'incapacité de travail et au retour à l'emploi. Il nous permet d'analyser l'effet des mesures prises et d'éclairer les choix à venir.

Ce baromètre sera d'ailleurs renforcé de manière structurelle avec l'ajout de données par secteur d'activité. Ces données nous permettront, en collaboration avec mon homologue chargé de la prévention, d'identifier les tendances émergentes et d'anticiper les besoins futurs en matière de prévention, d'incapacité de travail et de réintégration.

12.03 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Merci pour cette réponse. Ce qui me pose problème, c'est que dans le cadre des discussions que nous avons avec le ministre de l'Emploi Clarinval, à aucun moment, il n'évoque la question de la responsabilisation des employeurs. Tout repose toujours sur les travailleurs, les mutuelles, les organismes de chômage et les CPAS. Toute une série d'acteurs sont responsabilisés mais les employeurs sont les grands absents. Alors que la clé du bien-être au travail se trouve à 90 % chez les employeurs. Vous pouvez mettre en place toutes les politiques et tous les plans stratégiques que vous voulez. Si les employeurs ne sont pas responsabilisés à la question de la prévention, du burn-out et des maladies mentales, cela constitue un souci.

Un autre aspect est inhérent aux réformes comme par exemple, le fait de davantage déréguler les rythmes de travail et de faire en sorte que les personnes ne savent plus à quel moment elles travaillent d'une semaine à l'autre. Davantage de travail de nuit, davantage de travail le week-end vont engendrer inévitablement de la détresse et une perte de sens. Je crains fort une augmentation du mal-être au

travail en général avec les mesures structurelles qui sont en train d'être développées par l'Arizona.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56006769C de Mme Natalie Eggermont est reportée.

13 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les risques médicaux liés à la tendance des "burn lines" sur les réseaux sociaux chez les jeunes" (56006811C)

13 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De medische risico's van de 'burn lines'-trend onder jongeren op sociale media" (56006811C)

13.01 **Anthony Dufrane** (MR): Monsieur le ministre, la Fondation des Brûlés de Belgique a récemment tiré la sonnette d'alarme face à une pratique inquiétante apparue sur les réseaux sociaux, en particulier sur TikTok: les *burn lines*. Il s'agit d'un défi viral qui incite les jeunes – principalement des adolescentes – à se provoquer volontairement des brûlures décoratives à l'aide de briquets, de métal chauffé ou même de sèche-cheveux.

Cette forme d'automutilation délibérée est loin d'être anodine. Les professionnels de la santé alertent sur les risques importants: cicatrices permanentes, infections, douleurs chroniques et, à terme, risque accru de cancer de la peau. Encore une fois, un défi dangereux et vide de sens nous vient de TikTok, avec des conséquences potentielles très graves pour la santé.

Monsieur le ministre, le SPF Santé publique a-t-il été informé de cas recensés en Belgique? Les hôpitaux, centres de brûlés ou médecins généralistes ont-ils signalé des cas suspects chez des jeunes? Envisage-t-on des campagnes de prévention ou de sensibilisation spécifiquement axées sur ces comportements d'automutilation liés aux réseaux sociaux? Enfin, dans le cadre de la politique de santé mentale, des ressources ou des outils sont-ils prévus pour accompagner les professionnels confrontés à ces situations?

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le phénomène des *burn lines* est une tendance diffusée sur TikTok et qui vise principalement les adolescents et les jeunes adultes, comme c'est souvent le cas.

Malheureusement, cette pratique qui consiste à s'infliger volontairement des brûlures, au-delà du risque de cicatrices ou de cancers, peut aussi évoluer vers une forme d'addiction ou d'automutilation.

Recenser les cas n'est pas aisé. De telles problématiques peuvent se présenter par différents canaux – hôpitaux, médecins généralistes, centres pour brûlés –, ce qui rend difficile la collecte d'informations complètes et fiables.

Cela dit, je vous confirme que mes services poursuivent actuellement l'analyse de l'ampleur du phénomène. Nous devons impérativement mesurer l'impact réel que peuvent avoir les réseaux sociaux sur la santé des jeunes générations. Beaucoup de fausses informations circulent, ainsi que ce genre de tendances tout à fait nocives.

Dans ce cadre, il est clair que des campagnes de prévention sont nécessaires. Je rappelle toutefois que la compétence en matière de prévention relève des entités fédérées.

Parallèlement, la Convention de soins psychologiques primaires de l'INAMI permet des interventions orientées sur l'autogestion de la santé, la résilience, la psychoéducation. Ces interventions sont organisées en groupe en fonction des besoins locaux identifiés. Ces interventions peuvent couvrir un large éventail de sujets, comme l'influence des médias sociaux, la gestion des conflits et des différences, etc. Elles peuvent s'adresser à la fois aux jeunes eux-mêmes et à ceux qui les encadrent.

Enfin, votre question en soulève une autre. Au-delà de la pratique des *burn lines*, c'est aussi l'addiction à ce genre de médias qu'il serait important d'explorer. Cela fait partie des indications de consultation dans les équipes mobiles, par exemple. Ce sont des conduites à risque propres aux adolescents du XXI^e siècle. À ce sujet, j'ai récemment demandé un avis au Conseil Supérieur de la Santé sur l'utilisation

excessive des écrans, et je m'attends à recevoir cet avis dans les mois à venir.

13.03 Anthony Dufrane (MR): Merci monsieur le ministre pour vos réponses, pour l'attention et la sensibilité qui semblent se dégager de vous face à tous ces fichus challenges. Je retiens que vos services analysent et restent en alerte par rapport à cette problématique.

En parallèle, ce matin, j'interrogeais votre collègue, Mme Matz, par rapport au volet numérique. Celle-ci avait tendance à me rassurer également, disant qu'elle avait directement pris contact avec TikTok pour faire annuler cet algorithme et protéger nos jeunes.

C'est un éternel recommencement parce que tous les jours, de nouveaux challenges arrivent et font prendre des risques à nos jeunes. Elle est également vraiment décidée à travailler sur l'âge des usagers de TikTok qui suivent ces challenges.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Funda Oru aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanbevelingen van de WHO" (56006829C)

14 Question de Funda Oru à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les recommandations de l'OMS" (56006829C)

14.01 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, de Wereldgezondheidsorganisatie heeft onlangs een krachtig pleidooi gehouden om de prijs van schadelijke consumptiegoederen zoals tabak, alcohol en gesuikerde dranken wereldwijd met 50 % te verhogen tegen 2035.

Volgens haar analyse zou dit niet alleen tientallen miljoenen vroegtijdige overlijdens kunnen voorkomen, maar ook overheden de nodige middelen geven om te investeren in onder meer gezondheidszorg. In de beleidsnota en de regeerverklaring van deze legislatuur wordt terecht sterk ingezet op preventie en de bevordering van een gezondere levensstijl voor iedereen. Er wordt expliciet gesproken over investeren in gezondheid en mentale rust en het belang van een gezonde leefomgeving.

Daarom heb ik een aantal vragen.

Hoe beoordeelt u de aanbeveling van de Wereldgezondheidsorganisatie vanuit Belgisch perspectief? Worden er binnen de federale gezondheidszorg strategieën overwogen die een prijsbeleid rond tabak, alcohol of suikerrijke dranken inzetten als preventiemiddel?

14.02 Minister Frank Vandenbroucke: Bedankt voor deze belangrijke vraag. Het is ook iets wat mij sterk bezighoudt.

Wat ik interessant vind in het werk van de Wereldgezondheidsorganisatie, is dat men spreekt over gezond leven en dus over het voorkomen van ziekten die kunnen worden vermeden door gezonder te leven, zonder daarbij met een beschuldigende vinger te wijzen naar individuele mensen, kinderen, jongeren en volwassenen die ongezonde keuzes maken. De Wereldgezondheidsorganisatie vraagt aan ons als politici om de omgeving waarin mensen leven zodanig vorm te geven dat die de gezondheid bevordert. We moeten mensen kansen bieden om gezond te leven. In plaats van alleen maar te zeggen: "Mijnheer X of Y, u bent fout, want u leeft ongezond", zegt de Wereldgezondheidsorganisatie: "Zorg voor een omgeving waarin die persoon gezonde keuzes kan maken." U zult begrijpen dat ik als minister voor Vooruit die benadering, waarbij men kijkt naar wat de samenleving en de overheid doen voor een gezonde omgeving, bijzonder belangrijk vind.

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft ook vaak benadrukt dat prijsverhogingen voor mensen een duidelijk signaal zijn en bijdragen aan de verandering van de levensstijl en consumptie. Meer concreet is er een aanbeveling om de prijzen van schadelijke producten tegen 2035 met 50 % te verhogen. Daarin zit logica vanuit het perspectief van de volksgezondheid, zeker als we kijken naar ziekten als kanker, hart- en vaatziekten en diabetes. Die hebben immers vaak een directe link met tabak, alcohol en toegevoegde suikers. Daar kan men dus met prijzen werken.

Anderzijds wil ik toch benadrukken dat het verhogen van prijzen niet zo simpel is. Het roept al snel vragen op over rechtvaardigheid, want met een prijsverhoging treft men vooral gezinnen met een beperkt budget.

Armere gezinnen worden sterker getroffen dan rijkere gezinnen met een groter budget. We moeten dus bijzonder goed nadenken voor we zomaar besluiten om overal zomaar de prijzen van ongezonde producten te verhogen.

Ik wil daarbij wel zeggen dat we, denk ik, de voorbije jaren weloverwogen actie hebben ondernomen met betrekking tot tabak. We hebben de accijnzen op sigaretten en roltabak zeer sterk verhoogd. We zijn overigens van plan om daar in de loop van de huidige regeerperiode nog een klein beetje verder in te gaan. We zullen de accijnzen op tabaksproducten dus verder verhogen.

Daarbij speelt echter een belangrijk Europees debat. Dat wil ik toch even benadrukken. We stoten namelijk op grenzen zodra de prijs van bijvoorbeeld een pakje sigaretten bij ons veel hoger zou liggen dan in alle buurlanden, want dan gaat men die producten in de buurlanden kopen. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat we in dat verband niet zozeer een probleem hebben met Nederland of Frankrijk, in tegenstelling tot wat men soms beweert. We hebben mogelijk wel een probleem met andere buurlanden. De enige oplossing is natuurlijk dat prijsstijgingen op Europees niveau worden gecoördineerd, dat er een Europese afspraak en een kader komen. Op die manier houdt het beleid inzake accijnzen en prijzen van bijvoorbeeld tabaksproducten in de Europese lidstaten enigszins gelijke tred.

Mevrouw Oru, ik heb op dat vlak ook echt actie ondernomen op Europees niveau, samen met mijn collega, de minister van Financiën. De ministers van Financiën hebben ook een brief gestuurd naar de Europese Commissie om aan te dringen op verdere vooruitgang in iets wat in de pijplijn zit, namelijk de totstandkoming van een wetgevend kader voor de fiscaliteit op tabaksproducten. Dat moet leiden tot meer eenvormigheid en betere coördinatie in de actie. Voor kleine landen met veel grenzen en veel mogelijkheden om in het buitenland aan te kopen, is dat uiteraard van groot belang.

Kort samengevat, ja, we hebben veel actie ondernomen op het vlak van tabak. We zijn daardoor niet te duur geworden in vergelijking met het buitenland. We zullen de accijnzen op tabaksproducten nog iets verder verhogen, maar we botsen stilaan op een limiet als we niet op Europees niveau samenwerken. Ook daar blijven we druk op zetten.

Over accijnzen en prijzen gesproken, ik wil nog even aanstippen dat mijn voorgangster, mevrouw Maggie De Block, in 2016 een zogenaamde suikertaks heeft ingevoerd, een belasting op gesuikerde dranken. Die taks is in 2018 uitgebreid. Eerlijk gezegd kijk ik daar wel kritisch naar, want die belastingverhoging is intussen ook van toepassing op dranken die helemaal geen suiker bevatten. Dat is natuurlijk geen goed signaal.

Ik denk niet dat we op dat pad moeten doorgaan. Er moet een onderscheid gemaakt worden tussen producten die veel suiker bevatten en producten die weinig suiker bevatten.

Ten slotte, als we het hebben over een gezonde leefomgeving en zeker over preventie, ligt er een belangrijke verantwoordelijkheid bij de deelstaten. Ik geef dit als een persoonlijk standpunt, maar persoonlijk ben ik van oordeel dat gemeentebesturen bijvoorbeeld meer zouden kunnen doen om in de omgeving van scholen of op plaatsen waar kinderen en jongeren heel vaak en in groten getale samenkomen, te vermijden dat er een ongezond voedingsaanbod ontstaat. Dat is evenwel echt ruimtelijke ordening, dat is lokaal beleid, dat is deelstaatbeleid.

Ik ben van mening dat er op dat vlak heel wat mogelijkheden zijn, maar ik moet mij natuurlijk onthouden van commentaar op punten die niet tot mijn bevoegdheid behoren.

Kort samengevat, de aanbevelingen van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn naar mijn mening heel belangrijk. Ze zijn niet simpel en de meningen daarover zijn soms ook verdeeld. Niettemin meen ik dat wij daar maximaal mee aan de slag moeten.

14.03 Funda Oru (Vooruit): Mijnheer de minister, iedereen die hier aanwezig is, is het er volledig mee eens dat u heel wat inspanningen hebt geleverd en levert om mensen de mogelijkheid te geven om de

juiste keuzes te maken, gezonde keuzes in een gezonde leefomgeving.

Op het vlak van de Europese Unie zien wij inderdaad dat er heel veel vrij algemene, universele uitdagingen op ons afkomen. Ik kijk dan ook naar uit naar het moment waarop er op het vlak van voeding coördinatie tot stand komt.

De opmerking over gemeentebesturen en lokale besturen neem ik graag mee naar de collega's van het Vlaams Parlement, want die is heel belangrijk.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 **Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès à la naloxone" (56006736C)**

15 **Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot naloxon" (56006736C)**

15.01 **Patrick Prévot (PS):** Madame la présidente, pour faire gagner du temps à tout le monde, je me réfère à ma question telle que déposée par écrit.

Monsieur le ministre, je reviens vers vous avec un dossier qui me tient à cœur : l'accès à la naloxone, un spray nasal pouvant sauver la vie d'une personne en situation d'overdose d'opiacés.

Ma première interpellation date du 22 octobre 2021. Sur ces quatre dernières années écoulées, il me revient du secteur associatif que la situation est restée inchangée et ce, malgré l'avis du Conseil supérieur de la Santé d'octobre 2022 qui recommandait, je cite : « qu'elle soit disponible sur le marché belge et facilement accessible (au niveau financier, géographique, et au niveau des conditions d'obtention) pour toute personne susceptible d'en avoir besoin. La forme nasale est privilégiée pour sa facilité d'utilisation, mais l'accessibilité financière doit rester prioritaire. »

Le 18 février dernier, vous me faisiez savoir qu'une firme s'apprêtait à introduire un dossier à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) et que vous aviez pour objectif de prévoir un cadre pour la délivrance dans les centres prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes.

Le 2 avril, en commission de l'Intérieur, le Ministre Bernard Quintin indiquait que certains organismes qui inspectent les centres de tri pour y repérer de la drogue et qui peuvent sans le vouloir entrer en contact avec un opioïde comme le Fentanyl disposent de cette naloxone pour en administrer en urgence sans cadre légal existant.

Monsieur le ministre, ma question est simple: pourriez-vous nous faire le point sur l'accès à la naloxone en Belgique? Quand un cadre légal sera-t-il élaboré pour la rendre disponible sur notre territoire?

Je vous remercie pour vos réponses.

15.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFPMS) a élaboré un arrêté royal qui modifie l'arrêté royal de 2009 portant instruction pour les pharmaciens. Celui-ci a été promulgué et entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} septembre 2025.

Les sprays à base de naloxone sont en effet soumis à prescription en Belgique. L'arrêté royal a donc pour objectif de permettre aux pharmaciens de délivrer les sprays aux médecins responsables des centres d'assuétudes sur présentation d'un bon de commande signé par ceux-ci. Il n'est donc pas nécessaire que le patient soit connu à l'avance, ni même que celui-ci soit déjà traité dans le centre.

Pour votre information, la firme Cole a soumis son dossier de demande de remboursement pour le Ventizolve, un spray nasal de naloxone, le 21 janvier de cette année. La décision de la Commission de remboursement des médicaments est attendue prochainement et il est bien possible que, sous réserve d'une décision favorable, la commercialisation du médicament puisse débuter dans les mois à venir.

15.03 **Patrick Prévot (PS):** Merci, monsieur le ministre. J'avais des questions précises, et j'ai eu des réponses précises. Je vous en remercie. C'est un dossier que je suis maintenant depuis 2021 et,

comme le ministre Quintin s'était exprimé en commission de l'Intérieur le 2 avril sur ce même sujet, je voulais faire le point avec vous sur ce dossier.

J'ai entendu les échéances, les espérances aussi, notamment par rapport à ce produit qui pourrait être sur le marché très prochainement. Je ne manquerai pas de revenir vers vous dans quelques mois sur ce dossier pour en connaître enfin l'épilogue.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

De **voorzitter**: Aan de orde is vraag nr. 56006849C van mevrouw Van Hoof. Ze is niet aanwezig.

Mme Sneppe a demandé de transformer sa question n° 56006870C en question écrite.

M. Bertels, je ne comprends pas que votre question sur l'indemnité pour les médecins qui pratiquent l'euthanasie n'ait pas été jointe à la mienne hier.

16 **Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De tegemoetkoming voor artsen die euthanasie uitvoeren" (56006874C)**

16 **Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'indemnité pour les médecins qui pratiquent une euthanasie" (56006874C)**

16.01 **Jan Bertels** (Vooruit): Ik begrijp ook niet, mevrouw de voorzitter, waarom die vragen gisteren niet samengevoegd zijn. Dit is toch iets waar meerderen onder ons bij betrokken zijn. Het is leuk, voor de minister en voor ons, dat we kunnen eindigen met een positieve noot, vlak voor het zomerreces van het Parlement.

Mijnheer de minister, zoals al aangegeven, zijn er besluiten in opmaak die regelen dat er een specifieke vergoeding komt voor de uitvoering van euthanasie. Er komt een toevoeging aan de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, zodat artsen daarvoor vergoed worden en er ook een regeling komt voor het remgeld van de patiënt.

Dat is goed voor zowel de patiënten als de artsen. In het werkveld bestond allang de vraag dat te regelen. Nu is er zo'n regeling op komst. Dat is goed voor de patiënten, voor de artsen en voor de erkenning van de zware en complexe taak die artsen opnemen bij een verzoek tot levensbeëindiging.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende, mijnheer de minister. Eigenlijk hebt u er gisteren al deels op geantwoord.

Wat is de stand van zaken? Wat staat er precies in uw ontwerp van koninklijk besluit? Kunt u een timing kleven op dit ontwerp, na het advies van de Raad van State, dat nu in aantocht is?

16.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: Inderdaad, dit is een positieve noot, een noodzakelijke noot ook om mee te eindigen.

De vraag om advies aan de Raad van State werd ingediend op 3 juli van dit jaar. Ten laatste op 19 augustus van dit jaar zou het RIZIV het advies van de Raad van State moeten ontvangen. Na gunstig advies kunnen de koninklijke besluiten voor ondertekening aan de Koning worden voorgelegd. Vervolgens worden de drukproeven van de diensten van het *Belgisch Staatsblad* aangevraagd. U kent dat zeer goed.

Volgens de inschatting van het RIZIV zullen de koninklijke besluiten dan mogelijk in de tweede helft van september gepubliceerd worden en zal de regelgeving vermoedelijk op 1 november 2025 in werking treden.

De verstrekking 'uitvoeren van een euthanasie' wordt toegevoegd in hoofdstuk 3, artikel 3, § 1, A, 1: andere verstrekkingen dan de verstrekkingen inzake klinische biologie, diversen van de nomenclatuur. Deze verstrekking omvat vier elementen: de materiaalkosten, uitgezonderd medicatie; het uitvoeren

van de euthanasie; het vaststellen van het overlijden en het invullen van de overlijdensakte en het invullen van het registratiedocument zoals bedoeld in artikel 5 van de wet van 28 mei 2002 betreffende de euthanasie.

Er gelden de volgende toepassingsregels. Indien de uitvoerende arts niet de houder is van het globaal medisch dossier van de patiënt, moet die nadien de GMD-houder informeren, door hem een schriftelijk verslag te bezorgen.

Er wordt niet in een persoonlijk aandeel voor de patiënt voorzien. Gezien de aard van de verstrekking is de derde-betalingsregeling verplicht. De verstrekking kan worden gecumuleerd met een verstrekking uit artikel 2 en artikel 25, wat het mogelijk maakt een consultatie te factureren. Het honorarium bedraagt in prijzen van 2025 precies 180,24 euro.

16.03 Jan Bertels (Vooruit): Dank u wel, mijnheer de minister. Dit is inderdaad een positieve noot. Ik zal u houden aan de datum van 1 november 2025 voor de inwerkingtreding. Dat zou moeten lukken als het advies van de Raad van State halfweg augustus wordt verstrekt. Er is dan nog tijd voor de publicatie.

Het is een positieve noot dat er voor de artsen een degelijk honorarium is, wat betekent dat we wel degelijk investeren in de artsen. Het is ook nodig in die onervulde behoeften dat er een koppeling is met de derde-betalingsregeling. Dat is goed voor de patiënten. Zo zijn de patiënten en de artsen in deze materie bondgenoten en goed geholpen, waarvoor ik u dank.

Ik hoop dat de regeling daadwerkelijk in werking treedt op 1 november 2025.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.48 uur.
La réunion publique de commission est levée à 15 h 48.*