

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 21 OKTOBER 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 21 OCTOBRE 2025

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.00 uur en voorgezeten door de heer Jan Bertels.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 00 et présidée par M. Jan Bertels.

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

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.

[01] Actualiteitsdebat over de in het buitenland geschorste artsen die in België nog actief zijn en toegevoegde interpellatie en vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Zorgverleners die ondanks een schrapping in het buitenland in België actief zijn" (56008770C)

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De geschrapte buitenlandse artsen" (56008858C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het gebruik van het IMI-systeem voor het toezicht op buitenlandse zorgverleners" (56008881C)

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Practitioners die in België werken ondanks een beroepsverbod of sancties in het buitenland" (56008928C)

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Geschorste en geschrapte buitenlandse zorgverleners en het falende controlesysteem" (56000140I)

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Artsen die ondanks een schrapping in het buitenland in België praktiseren" (56009250C)

[01] Débat d'actualité sur les médecins exclus à l'étranger encore actif en Belgique et interpellation et questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les prestataires de soins actifs en Belgique malgré une radiation à l'étranger" (56008770C)

- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les médecins étrangers radiés" (56008858C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'utilisation du système IMI pour le contrôle des prestataires de soins étrangers" (56008881C)

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Des praticiens exerçant en Belgique malgré l'interdiction d'exercer ou les sanctions à l'étranger" (56008928C)

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les prestataires de soins étrangers suspendus et radiés et le système de contrôle défaillant" (56000140I)

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les médecins radiés à l'étranger et exerçant en Belgique" (56009250C)

01.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, uit een Europees onderzoek blijkt dat dokters die in een ander Europees land hun licentie kwijtspeelden na ernstige feiten, zoals slecht medisch handelen, seksueel misbruik of fraude, zich toch nog gemakkelijk in België kunnen vestigen en hier nog steeds patiënten kunnen behandelen.

Helaas zijn er geen exacte cijfers bekend over het aantal gevallen in België. Wel blijkt uit cijfers van de Federale Toezichtscommissie dat sinds 2023 al 113 keer het visum van een zorgverstrekker werd ingetrokken, al is niet helemaal duidelijk waarom dat precies gebeurde. Belangenorganisaties klagen dan ook aan dat er te weinig transparantie bestaat. Vandaar mijn vragen.

U pleit ervoor om de bevoegdheden van de Federale Toezichtscommissie uit te breiden, met meer sanctiemogelijkheden, meer armslag bij inspecties en de verplichting voor werkgevers om snel te melden wanneer een zorgverstrekker wordt ontslagen, omdat hij of zij een gevaar vormde voor patiënten. Hoe zult u dat concreet realiseren? Welke sanctiemogelijkheden hebt u op het oog? Aan welke timing denkt u?

Die maatregelen hebben natuurlijk betrekking op het voorkomen van toekomstige onregelmatigheden, maar ze bieden geen oplossing voor het probleem van artsen die vandaag al een schorsing hebben opgelopen en nog in België werkzaam zijn. Welke maatregelen zult u nemen om die artsen te controleren?

Uit de berichtgeving bleek bijvoorbeeld dat er geen synchronisatie bestaat tussen het IMI-systeem (Informatiesysteem interne markt) en de eigen lijst van erkende artsen. De meldingen in het IMI-systeem worden bovendien niet systematisch onderzocht of toegepast. Hoe zult u die lacune aanpakken en wanneer mogen we daarvan resultaten verwachten?

Hoe kijkt u naar voorbeelden uit het Verenigd Koninkrijk, zoals het General Medical Councilregister? Dat systeem biedt transparantie over tuchtmaatregelen die aan zorgverstrekkers worden opgelegd. Ziet u een dergelijk systeem als toepasbaar in de Belgische of Europese context?

Op welke manier zult u het recht op privacy van de artsen afwegen tegen het recht van de patiënten op een veilige en kwaliteitsvolle zorg?

De **voorzitter**: Mevrouw De Knop, ik stel voor dat u op het einde aansluit. We waren immers stipt op tijd begonnen, – zoals we meestal doen – maar u was te laat.

01.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb eerder al een aantal vragen gesteld over de instroom van buitenlandse artsen en tandartsen. Nu richt ik mij op het Europese waarschuwingssysteem, het IMI-systeem, dat nogal wat tekortkomingen vertoont.

Met dat waarschuwingssysteem waarschuwen lidstaten elkaar wanneer zorgverleners in hun land worden geschrapt, althans dat is de bedoeling. Hoe gebruiken de FOD Volksgezondheid en de Federale Toezichtscommissie momenteel het IMI-systeem om controle uit te oefenen op de dossiers van buitenlandse zorgverleners die in ons land willen werken? Welke concrete maatregelen werden er genomen om te garanderen dat de waarschuwingen uit het IMI-systeem systematisch leiden tot een correcte registratieopvolging en, indien nodig, tot schorsing van zorgverleners in België? Overweegt u eventueel om de koppeling tussen het IMI en de nationale registers te automatiseren, zodat waarschuwingen in de toekomst niet meer over het hoofd kunnen worden gezien? Hoeveel waarschuwingen heeft België sinds de opstart van het IMI-systeem zelf verstuurd en volgens welke criteria gebeurt dat?

Zoals mijn collega al zei, zijn in landen zoals het Verenigd Koninkrijk tuchtmaatregelen en schrappingen publiek raadpleegbaar. Acht u meer transparantie in België wenselijk, zodat patiënten kunnen weten of een arts of een andere zorgverlener eerder een sanctie kreeg en bent u bereid om daartoe stappen te nemen?

De **voorzitter**: Mevrouw Ramlot is afwezig.

01.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, uit het internationaal onderzoek 'Bad Practice' blijkt dat er in België steeds meer buitenlandse zorgverleners actief zijn, maar dat de controle daarop

ernstige lacunes vertoont. Zelfs artsen, tandartsen en psychotherapeuten die in andere landen definitief geschorst of geschrapt werden wegens seksueel misbruik, fraude of medische fouten, kunnen in België ongestoord verder werken. Hoewel er sinds 2016 een Europees waarschuwingssysteem bestaat, het IMI, wordt dat onvoldoende gebruikt of opgevolgd. België stuurde al waarschuwingen uit, maar omgekeerd worden inkomende meldingen vaak niet systematisch verwerkt of toegepast.

Daardoor blijven gesanctioneerde zorgverleners in de registers staan van de Orde der artsen, het RIZIV en de FOD Volksgezondheid. De Orde der artsen en de andere beroepsverenigingen wijzen op een gebrek aan synchronisatie en op de moeilijkheid om de overvloed aan data te verwerken. Het Vlaams Patiëntenplatform waarschuwt dat patiënten daardoor onnodige risico's lopen en dringt aan op sluitende garanties en meer transparantie. U kondigde intussen maatregelen aan, zoals de uitbreiding van de bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie. In het regeerakkoord is het opsporen van fraude en misbruik binnen de gezondheidszorg en de sociale zekerheid in het algemeen bovendien een belangrijke doelstelling.

Tot op heden hebben we daar echter weinig tot geen initiatieven rond gezien. Erger nog, bestaande instrumenten om fraude en misbruik te detecteren en tegen te gaan, blijken na meer dan tien jaar nog steeds niet te functioneren. Het Europese waarschuwingssysteem IMI, waarnaar in het onderzoek wordt verwezen, vertoont na al die jaren nog steeds grote hiaten, waardoor geschorste en zelfs geschrapte zorgverleners hun praktijk doodleuk kunnen voortzetten.

Dat staat in schril contrast met de manier waarop coronacritici onmiddellijk voor de Orde der artsen of zelfs de rechtbank moeten verschijnen en geschorst worden vanwege een andere mening of andere – en misschien wel betere – therapieën. Verder kan het ook niet de bedoeling zijn om steeds meer buitenlandse artsen en tandartsen hier een RIZIV-nummer toe te kennen, terwijl onze studenten geneeskunde moeten slagen voor een toelatingsexamen en quota worden opgelegd.

Mijn vragen daarover, mijnheer de minister, zijn de volgende.

Hoeveel geschorste zorgverleners zijn momenteel werkzaam in België? Waarom wordt de informatie uit het Europese waarschuwingssysteem vandaag niet systematisch geïntegreerd in de Belgische registers? Hoe evalueert België het functioneren van het IMI-systeem sinds de invoering in 2016?

Welke garanties bestaan er momenteel voor patiënten dat zij niet in behandeling komen bij een zorgverlener die in een ander land uit het beroep gezet werd? Welke concrete stappen zullen worden genomen om het risico voor patiënten te beperken zolang er nog lacunes bestaan in het IMI-systeem of de opvolging ervan?

Overweegt u, mijnheer de minister, meer transparantie voor de patiënten, bijvoorbeeld via een publiek toegankelijke lijst van gesanctioneerde zorgverleners in België en de Europese Unie, naar het voorbeeld van het Verenigd Koninkrijk? Wanneer zal de uitbreiding van de bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie concreet van kracht worden en in welke bijkomende sanctiemogelijkheden voorziet u voor dergelijke gevallen?

01.04 François De Smet (DéFI): *L'enquête internationale "Bad Practice", menée par le quotidien belge De Tijd avec des rédactions issues de 44 pays vient de révéler que des soignants qui ont perdu leur agrément dans un autre pays européen à la suite de faits graves, tels que des fautes médicales ou des violences sexuelles, peuvent ainsi encore consulter des patients en Belgique. Ceux-ci sont ainsi enregistrés en Belgique à l'Ordre des médecins, au SPF Santé publique et à l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (Inami).*

Selon l'Ordre des médecins, le système européen d'information du marché intérieur (IMI) n'est en pratique pas utilisé de manière optimale et il n'existe pas de synchronisation entre l'infrastructure de l'IMI et sa propre liste de médecins agréés.

Par ailleurs, il appert que les signalements de l'IMI ne sont pas non plus systématiquement examinés ou appliqués.

Enfin, l'Ordre des médecins met en évidence être juridiquement contraint par la législation, qui ne lui permet pas de "juger" un médecin une seconde fois. S'il est en mesure de refuser d'inscrire un praticien

condamné et radié de l'Ordre à l'étranger, il lui est difficile de le radier lorsqu'il est déjà inscrit en Belgique.

En réponse à cette enquête, vous avez appelé à mettre en place de "mécanismes de contrôle" et à la détermination "d'un cadre clair dans lequel chaque praticien peut et doit exercer".

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir si il confirme l'ampleur du problème posé par l'enquête?

Quelles sont les mesures à caractère conjoncturel puis structurel qu'il entend prendre pour lutter contre ce phénomène qui est difficilement admissible sur le plan sociétal?

01.05 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, excuseer me dat ik twee minuten te laat was, maar de commissiezaal werd gewijzigd. Ik zal dat voor de toekomst noteren. Zeker als u voorzitter bent, zal de vergadering ongetwijfeld punctueel verlopen en zal de minister dan ook steeds stipt aanwezig zijn. Ik onthoud dat.

Mijnheer de minister, uit een grootschalig internationaal onderzoeksproject, waarbij ook Belgische media betrokken waren, blijkt dat artsen, tandartsen en psychotherapeuten die in een andere lidstaat hun erkenning kwijtspeelden soms zonder problemen in ons land aan de slag blijven. Voorbeelden tonen aan dat zorgverleners die in Zweden, Nederland, Frankrijk of Zwitserland geschorst of veroordeeld werden, hier een RIZIV-nummer kunnen behouden, erkend blijven door de Orde der artsen of zelfs een praktijk blijven uitbaten.

Er werd al herhaaldelijk verwezen naar het Europese IMI-waarschuwingssysteem, dat sinds 2016 net dat soort situaties moet voorkomen. In de praktijk blijkt dat systeem echter niet sluitend te werken. Sommige lidstaten zouden amper waarschuwingen delen, andere wel, maar de opvolging blijft uit. We vernamen dat België sinds 2016 314 *warnings* verstuurde, maar blijkbaar ook signalen ontving over personen die hier desondanks onbelemmerd actief bleven. In dat licht heb ik een aantal vragen voor u.

Hoe beoordeelt u het feit dat zorgverleners die in andere EU-landen uit het beroep werden gezet, in België toch voort kunnen werken zonder automatische schorsing of controle?

Hoe wordt de informatie uit het IMI-systeem vandaag opgevolgd? Wordt elke ontvangen waarschuwing ook daadwerkelijk onderzocht?

Zult u een onderzoek instellen om te bepalen welke artsen en zorgverleners in ons land actief zijn, maar die in hun eigen of in andere landen hun licentie verloren wegens ernstige feiten? Zult u daarbij ook hun RIZIV-nummer intrekken? Wat zijn volgens u de grootste lacunes in het huidige Europese waarschuwingssysteem en welke landen zijn, naar uw mening, opvallend nalatig in het delen van alerts?

Zult u het probleem met het Europees waarschuwingssysteem ook aankaarten op Europees niveau? Volstaat het volgens u dat landen het systeem actief voeden met meldingen over zorgverleners die hun licentie verliezen of zou u willen pleiten voor een verplicht en transparanter tucht- en meldingskader op EU-niveau?

We weten dat Europese maatregelen altijd lang op zich laten wachten, vandaar dat we graag willen vernemen welke extra initiatieven u zelf zult nemen om te voorkomen dat dergelijke wanpraktijken in de toekomst nog kunnen plaatsvinden, in afwachting van betere en meer sluitende Europese regelgeving. Dank u wel.

De **voorzitter**: Zijn er collega's van andere fracties die geen vraag hebben ingediend en die toch in het debat willen aansluiten? (Nee)

Dan geef ik het woord aan de minister.

01.06 Minister Frank Vandenbroucke: Collega's, ik heb kennisgenomen van het onderzoek van een Europese journalistenvereniging waarmee *De Tijd* verbonden is.

Ik heb momenteel geen indicatie dat het zou gaan om een grootschalige reeks inbreuken, maar elke

inbreuk is uiteraard een probleem. Ik wil er evenwel op wijzen dat er vandaag al veel maatregelen bestaan om zorgverleners te controleren en patiënten te beschermen. Zo moet men een aantal stappen doorlopen om een diploma te laten homologeren en bij elke visumaanvraag wordt een uittreksel uit het strafregister en een certificaat van professioneel gedrag gevraagd. Dat certificaat van professioneel gedrag – in het Engels *certificate of current professional status* – mag niet ouder zijn dan drie maanden en moet worden afgeleverd door een bevoegde autoriteit. Dat kan een ministerie, een andere overheidsinstantie of een orde zijn.

Bij vermoedens van inbreuken of bij twijfel wordt de nodige informatie opgevraagd bij de lidstaat van herkomst en wordt het IMI-systeem geraadpleegd. We pleiten binnen de Europese Unie voor een betere integratie en harmonisering van dat systeem. Belangrijk is dat het niet alleen kan worden gebruikt bij visumaanvragen, maar dat ook elke bevoegde autoriteit – de Federale Toezichtcommissie, het parket enzovoort – kennis kan nemen van IMI-waarschuwingen en die binnen de eigen bevoegdheid kan opvolgen.

Overigens wil ik daaraan toevoegen dat, als een patiënt, een collega-zorgverlener of een derde, zoals een journalist, een vermoeden heeft van ongepast gedrag, het aangewezen is om dat onmiddellijk te melden aan de bevoegde instanties.

Ik wil ook verduidelijken dat het professionele gedrag, dus het *certificate of current professional status*, voor Europese beoefenaars sinds 2024 rechtstreeks door de FOD Volksgezondheid wordt gecontroleerd. Sinds de invoering van de taalvereisten is beslist om dat certificaat op te vragen samen met het bewijs van taalkennis. Voorheen waren het de gemeenschappen die deze specifieke controle uitvoerden en ons op de hoogte stelden wanneer een inbreuk werd ontdekt. Voor niet-Europese beoefenaars kan het IMI overigens niet worden gebruikt, maar zij moeten wel dezelfde attesten en diplomavooraarden voorleggen.

Ik zet ook de verdere plannen uiteen. In de wet op de hervorming van de gezondheidszorg zal worden bepaald dat het RIZIV-nummer automatisch wordt opgeschort wanneer er een beroepsverbod geldt, hetzij wegens intrekking of schorsing van het visum door de Federale Toezichtcommissie, hetzij wegens een deontologische sanctie door de Orde der artsen of de Orde der Apothekers.

Laat het duidelijk zijn: een zorgverlener die zonder visum zorg verleent, maakt zich schuldig aan illegale praktijkvoering. Dat is strafbaar en wordt gemeld bij het parket, zodat strafrechtelijke vervolging mogelijk is.

U weet waarom we het belangrijk vinden om de schorsing van het RIZIV-nummer daaraan te koppelen. Voor de zorgverlener in kwestie wordt het dan onmogelijk om nog aan te rekenen aan de verplichte ziekteverzekering. Daarnaast zal de zorgverlener, op basis van het nieuwe wetsontwerp, een meldingsplicht hebben over zijn of haar status bij de patiënt. Opschortingen van het RIZIV-nummer zullen bovendien op de RIZIV-website worden vermeld. Tot daar de procedures die we in België hebben en die we nog zullen invoeren.

De belangrijkste problemen met het Europese waarschuwingssysteem zijn momenteel de volgende. Ten eerste signaleert het IMI-systeem alleen definitieve beslissingen die geheel of gedeeltelijk een beroepsverbod opleggen. Andere beslissingen die geen beroepsverbod met zich meebrengen, ontsnappen daardoor aan het systeem, bijvoorbeeld veroordelingen wegens fraude.

Ten tweede signaleert het IMI-systeem bovendien geen lopende procedures, procedures waarvoor nog geen definitieve beslissing is genomen. Een lopende procedure is dus niet terug te vinden. Zolang er nog geen definitieve beslissing is genomen over een schorsing of intrekking van een beroepstitel, wordt deze informatie niet of te laat in het IMI-systeem ingegeven of openbaar gemaakt.

Ten derde bevatten de meldingen in het IMI-systeem weinig tot geen informatie over de redenen voor het opleggen van een beroepsverbod. Het is daarom noodzakelijk dat de bevoegde autoriteiten van de lidstaten de inhoud van die beslissingen meedelen en naar de verzoekende autoriteit doorsturen.

Ten vierde, in sommige landen wordt het IMI-systeem niet regelmatig bijgewerkt of besluiten de autoriteiten om toch geen beroepsverbod op te leggen aan gezondheidszorgbeoefenaars op hun grondgebied. Een harmonisatie op EU-niveau van de redenen om een beroepsverbod op te leggen zou

dus nuttig zijn.

Ten vijfde, het ontbreken van een koppeling tussen de nationale databanken en het IMI-systeem bemoeilijkt het detecteren van *outliers* tussen de honderden tot duizenden alerts per jaar. Dat gebeurt niet automatisch en moet telkens geval per geval worden geanalyseerd.

Tijdens de vorige legislatuur heb ik in het kader van het Belgische EU-voorzitterschap bij de Europese Commissie al gepleit voor een strenger en duidelijker systeem binnen het IMI-platform. De vastgestelde lacunes blijven echter bestaan. Ik zal het probleem opnieuw onder de aandacht brengen van de Europese Commissie en het formeel aankaarten in een brief aan de directeur-generaal Gezondheid en Voedselveiligheid van de Europese Commissie. Een gecoördineerde aanpak op Europees niveau blijft absoluut noodzakelijk als we efficiënt en transparant willen werken.

Ik heb al opgemerkt dat bepaalde procedures moeten worden doorlopen om een visum te verkrijgen. Wanneer de visumaanvraag onvolledig is of wordt geweigerd, is er geen toegang tot het beroep en kan de betrokkene het beroep niet legaal uitoefenen. Bovendien kan de Toezichtcommissie passende maatregelen opleggen, zoals het schorsen of volledig intrekken van het visum van een zorgverstrekker. Ik herhaal dat de schorsing van het visum ook automatisch tot de schorsing van het RIZIV-nummer leidt. Dat is opgenomen in het ontwerp van de hervormingswet. Overigens maken de bevoegde Belgische administraties van dergelijke beslissingen en feiten steeds melding in het IMI-systeem.

Er werd ook gevraagd naar de versterking van de bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie. Die versterking is tijdens de vorige legislatuur gebeurd. Ik verwijs naar de bevoegdheid om maatregelen op te leggen aan gezondheidszorgbeoefenaars die niet voldoen aan de kwaliteitscriteria of die beroepsongeschikt worden verklaard. Die maatregelen kunnen variëren van een waarschuwing tot de definitieve intrekking van de machtiging om het beroep uit te oefenen.

Ik wil de bevoegdheden van de Toezichtcommissie nu nog meer versterken via een nieuw wetsontwerp dat drie zaken beoogt. Ten eerste, de procedures van de Federale Toezichtcommissie worden versneld en de controlebevoegdheden van de commissie en van de inspecteurs worden uitgebreid tot alle wetgeving die de uitoefening van de gezondheidsberoepen regelt. Het gaat daarbij om de Kwaliteitswet, de WUG-wet en ook de wet op de esthetische heelkunde.

Ten tweede, de sancties in het nieuwe wetsontwerp worden uitgebreid. In geval van inbreuk op dat wettelijk kader zal de mogelijkheid bestaan om administratieve geldboeten op te leggen, indien er geen vervolging is door het parket.

Ten derde, elke werkgever die een maatregel moet noemen om een zorgverstrekker wiens beroepsuitoefening patiënten aan ernstig gevaar blootstelt te ontslaan, uit zijn ambt te onttrekken of te schorsen, moet dat onverwijld melden aan de Toezichtcommissie.

Dat zijn drie elementen die ik in het nieuwe wetsontwerp wil opnemen om de Federale Toezichtcommissie te versterken.

Er waren vragen over de synchronisatie tussen het IMI-systeem en de eigen lijst van erkende artsen. Laat mij verduidelijken dat het IMI-systeem geen databank is, maar een communicatiesysteem tussen de bevoegde autoriteiten, die als enige over de gegevens van de gezondheidszorgbeoefenaars beschikken. Het gaat dus niet om het synchroniseren van databanken; we moeten er wel voor zorgen dat de bevoegde autoriteiten de databanken correct gebruiken om met elkaar te communiceren.

Er werd gevraagd of inspiratie kan worden gehaald uit het Verenigd Koninkrijk. De federale databank van de bevoegde beoefenaars van de gezondheidszorgberoepen, het zogenaamde kadaster, is online toegankelijk. Ik ben van plan om die gegevens ook beschikbaar te stellen via een nieuwe, gebruiksvriendelijke zoekmotor, HealthPro. Die zoekmotor zal alle actieve zorgverleners in België tonen, inclusief hun werkadres en informatie zoals hun conventiestatus en openingsuren. Burgers kunnen zo eenvoudig zorgverleners in hun buurt opzoeken en actuele informatie verkrijgen. HealthPro wordt in 2026 gelanceerd.

Bij de huidige stand van de wetgeving en in overeenstemming met de vaste jurisprudentie van de Gegevensbeschermingsautoriteit is het evenwel niet mogelijk om een zwarte lijst te publiceren van

zorgverleners die een beroepsverbod hebben gekregen. Het invoeren van een zogenaamde zwarte lijst zou namelijk een schending kunnen vormen van het recht op bescherming van persoonsgegevens en van het recht op eerbiediging van het privéleven, zoals vastgelegd in het Handvest van de grondrechten van de Europese Unie en het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. Ons doel blijft het garanderen van kwaliteitsvolle zorg voor elke patiënt en het beschermen van de belangen en rechten van elke patiënt. Dat moet evident zijn voor elke zorgverstrekker in ons land en daarbuiten, ongeacht de nationaliteit.

Daarom is het des te belangrijker om controlemechanismen in te bouwen en een duidelijk kader te creëren waarin elke zorgbeoefenaar kan en moet werken. Dat garandeert de kwaliteit van de zorg waaraan elke zorgverlener moet voldoen en beschermt de rechten van de patiënt en, bij uitbreiding, de rechten van diens familie beter.

De controle in het IMI wordt toegepast in de context van aanvragen tot vestiging van het beroep, met name de aanvraag van een visum. Zoals gezegd kan bovendien elke bevoegde autoriteit – het parket, de Toezichtcommissie enzovoort – kennisnemen van IMI-waarschuwingen en die opvolgen, binnen de eigen bevoegdheid.

Het IMI is ontworpen als een uitwisselingsplatform tussen lidstaten, niet als een centrale databank. Elke lidstaat blijft verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens die hij ontvangt of verzendt via het IMI. In België worden gegevens uit het IMI geëvalueerd en, indien relevant, geïntegreerd in de federale databank van gezondheidszorgberoepen, ook het kadaster genoemd. Dat fungeert als authentieke bron voor het bepalen van de bevoegdheid om een beroep uit te oefenen. De verwerking gebeurt conform de wet van 10 mei 2015 en onder toezicht van de Data Protection Officer.

Wanneer de betrokken persoon een officiële aanvraag indient om in België te mogen werken, bijvoorbeeld via een visumaanvraag of een erkenningsprocedure, is het wettelijk toegestaan om zijn of haar gegevens op te nemen in eCad, het elektronische kadaster. Enige waakzaamheid blijft echter geboden, want een automatische koppeling tussen het IMI en eCad, zonder juridische filter, zou tot problemen kunnen leiden. Ten eerste kan dat leiden tot de opslag van niet-relevante of niet-toegestane gegevens. Ten tweede bestaat het risico op sancties wegens niet-naleving van de GDPR.

Een volledige automatisering van de koppeling tussen het IMI en nationale registers dient zorgvuldig te worden onderzocht, meer bepaald om na te gaan hoe de verwerking van waarschuwingen uit het IMI efficiënter en veiliger kan verlopen binnen het bestaande juridische kader. Dat vereist een zorgvuldige afweging tussen efficiëntie, rechtszekerheid en gegevensbescherming. Dat moet zeker ook op Europees niveau worden bekeken.

Wat de cijfers betreft, heeft België 304 signaleringen in het IMI opgenomen. Dat ligt ruim boven het Europese gemiddelde. Het gaat in elk geval om definitieve beslissingen van de beroepsordes, bijvoorbeeld van artsen of apothekers, of van de Federale Toezichtcommissie, die de toelating tot het uitoefenen van een gezondheidszorgberoep geheel of gedeeltelijk hebben ingetrokken.

Welke wetgevende initiatieven wil ik voorleggen? Ten eerste is in het kader van de hervormingswet voorzien dat het RIZIV-nummer automatisch wordt opgeschort indien er een beroepsverbod geldt wegens de intrekking of schorsing van het visum door de Federale Toezichtcommissie, of wegens een deontologische sanctie door de Orde der artsen of de Orde der Apothekers.

Ten tweede bereiden we een wetsontwerp voor om de bevoegdheden van de Toezichtcommissie verder te versterken door aanpassingen in de kwaliteitswet. Het advies van de Raad van State over het voorontwerp en dat van de Gegevensbeschermingsautoriteit worden momenteel geanalyseerd.

Naast die twee nieuwe legistieke kaders lanceer ik in 2026, zoals al vermeld, een nieuwe, gebruiksvriendelijke zoekmotor: HealthPro.

Tot slot zal ik met een brief aan de Europese Commissie pleiten voor een duidelijker en geharmoniseerd systeem binnen het IMI-platform. Die brief wordt zo spoedig mogelijk voorbereid, zodat we de Europese Commissie kunnen aangeven in welke richting we de ontwikkeling van het beleid willen zien evolueren.

01.07 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor het omstandige

antwoord en de acties die u neemt, maar een aantal zaken zijn mij nog niet helemaal duidelijk.

Ten eerste hebt u heel goed uitgelegd hoe u Federale Toezichtcommissie wilt versterken, maar de timing hebt u daarbij niet genoemd, terwijl ik dat wel gevraagd had.

Voorts begrijp ik dat het IMI-systeem geen centrale databank is, maar een *messaging queue* die signalen geeft, die vervolgens moeten worden opgepikt. Wat uit uw antwoord niet helemaal duidelijk is, is in welke mate u garandeert dat elk signaal dat uit het IMI komt door ons wordt opgepikt en vervolgens om een aantal redenen misschien niet verder in ons eigen systeem wordt verwerkt, bijvoorbeeld om redenen van dataprivacy. Zegt u dat er vandaag al signalen zijn die we zelfs niet bekijken en die dus niet verwerkt worden? Dat is mij niet helemaal duidelijk. Uit de berichtgeving meen ik het laatste te begrijpen. Uw antwoord bevestigt dat niet, maar u ontkent het ook niet echt. Graag krijg ik nog enige duiding daarbij.

U zegt ook terecht dat in het IMI alleen uiteindelijke veroordelingen staan. Mijn vraag is dan of het wenselijk is dat wij zelf of op Europees niveau lopende procedures voor de gebruikers zichtbaar maken. Voor de gevallen die in de pers werden vernoemd, zou dat zeker wenselijk zijn, want het gaat om procedures waarvan de finaliteit vrij duidelijk is, maar die om administratieve en juridisch-technische redenen nog aanslepen, terwijl er toch duidelijk een beroepsverbod zou moeten komen.

Over uw zoekmotor HealthPro zegt u dat er geen zwarte lijst kan worden opgesteld, maar ik mag toch aannemen dat mensen met een beroepsverbod niet meer uit de zoekmotor naar voren zullen komen? Wanneer men dus uitzoekt of een bepaalde zorgverstrekker nog een vergunning heeft en men die persoon niet terugvindt, dan is er indirect toch een zwarte lijst?

01.08 Frieda Gijbels (N-VA): Er zijn inderdaad een aantal stappen die zorgverstrekkers met een buitenlands diploma moeten doorlopen om hier van start te kunnen gaan, maar ik blijf wel met de vraag zitten in hoeverre die stappen grondig worden genomen en onderzocht. Bij de visumaanvraag wordt een uittreksel uit het strafregister gevraagd, evenals een certificaat van goed professioneel gedrag. Ik vraag mij echter af of die documenten ook effectief op echtheid worden gecontroleerd. Wordt telkens nagegaan of ze authentiek zijn, en gebeurt dat ook systematisch met eventuele meldingen in het IMI-systeem? Dat is mij, zoals mijn collega ook aangaf, niet helemaal duidelijk. De fouten die er blijkbaar toch zijn, waar gebeuren die precies?

U geeft aan dat alleen de definitieve beslissingen in het IMI-systeem worden opgenomen. Dat begrijp ik wel, want zolang iemand niet veroordeeld is, is het moeilijk om daarover al informatie te delen. Toch lijkt het mij wel belangrijk dat er, zodra een beslissing of veroordeling wel definitief is, een actieve melding wordt gemaakt aan het land waar die zorgverstrekker actief is, zodat daar de juiste maatregelen kunnen worden genomen.

Ik vraag mij dus af of er daar geen mogelijkheden zijn om het systeem waterdichter te maken. In theorie is het waarschuwingssysteem IMI uiteraard een goed instrument, maar het moet wel door iedereen consequent en op de juiste manier gebruikt worden. Het moet aan de ene kant gevoed, maar aan de andere kant ook geraadpleegd worden. Op welke manier kunnen we dat in de toekomst garanderen? Ik vind het goed dat u daarvoor op Europees niveau aan de alarmbel trekt, maar hoe kunnen we ervoor zorgen dat het systeem sluitender wordt en dat het effectief ook zo zal werken?

Ik wil er ook op aandringen streng te zijn voor mensen die met een buitenlands diploma naar hier komen, onder meer omdat zij niet vallen binnen het beperkte contingent aan RIZIV-nummers en er voor hen altijd een nummer beschikbaar is, terwijl we voor onze eigen studenten zo streng zijn en zoveel eisen opleggen vooraleer zij een RIZIV-nummer kunnen krijgen. Ik wil er dan ook op aandringen dat er een manier wordt gezocht om maximaal toezicht te houden op wie in ons land een zorgberoep komt uitoefenen.

01.09 Dominiek Sneppe (VB): Dank u wel voor uw uitgebreid antwoord, mijnheer de minister.

Zoals zo vaak verdrinkt u echter de vis. Ik heb ook de indruk dat u het probleem minimaliseert. U zegt dat u niet weet of het een grootschalig fenomeen is, waaruit ik afleid dat u vermoedt dat het niet grootschalig is. Ik ben er nochtans van overtuigd dat we dat niet mogen minimaliseren. Elke arts die zijn beroep niet reglementair uitoefent, is er een te veel, en elke arts kan bovendien tientallen

slachtoffers maken. We mogen het probleem dus zeker niet minimaliseren. Er moet zeker een en ander gebeuren om dergelijke situaties te vermijden.

U zei dat er procedures bestaan voor de toelating van zorgverstrekkers, maar blijkbaar zijn die toch niet waterdicht. Hoe komt dat? Worden de documenten die moeten worden voorgelegd, voldoende gecontroleerd? Ook dat verdient de nodige aandacht.

U hebt aangehaald wat u allemaal nog van plan bent, maar – zoals een collega al opmerkte – we hebben geen timing gehoord. We weten niet of die maatregelen binnenkort worden ingevoerd of pas binnen tien jaar. Het IMI bestaat ondertussen ook al bijna tien jaar, maar blijkbaar loopt het nog altijd niet vlot. Dat is geen efficiënte manier van werken.

Er is een schril contrast in de behandeling van mensen die grove fouten maken en hier nog altijd aan de slag kunnen, en anderen – zoals kritische stemmen tijdens de coronaperiode – die worden gebroodroofd of zelfs voor de rechter worden gedaagd. Die dubbele standaard is uiteraard onaanvaardbaar.

De procedures moeten dus waterdicht worden gemaakt, zodat onze studenten – over wie mijn volgende vraag zal gaan – niet de dupe worden. Zij zijn nu immers al aan handen en voeten gebonden door quota, toelatingsexamens en allerlei andere beperkingen.

U zei zelf dat elke bevoegde autoriteit het IMI kan inkijken. Dat is net het probleem: het gebeurt niet, of te weinig. Het is allemaal veel te vrijblijvend. Uw brief aan de Europese Commissie kan in dat verband misschien nuttig zijn. Ik stel voor dat u hem aangetekend verzendt, zodat hij zeker besproken wordt en effectief op tafel komt.

Ik kijk uit naar uw volgende stappen, maar ik mis op dit moment een duidelijke timing en vrees dat dit dossier geen prioriteit zal krijgen. Dank u.

01.10 François De Smet (DéFI): Je remercie simplement le ministre pour sa réponse très complète et circonstanciée.

Sur les procédures, en effet, c'est très clair. Il reste qu'on ne sait toujours pas de combien de cas on parle. La pratique devra donc nous en apprendre plus. Merci pour les éclaircissements.

01.11 Irina De Knop (Open Vld): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw zeer uitgebreid antwoord, waarin u focust op de techniciteit en de procedures.

Ik blijf evenwel bezorgd. Ik kan uit uw antwoord immers niet afleiden hoe urgent u een onderzoek van het probleem acht. Wat is bovendien de grootteorde waarover we spreken? Een door een journalist gevoerd onderzoek vormt niet echt een objectieve basis om beleid op te baseren. Ik heb u geen grondig onderzoek naar het aantal artsen dat onrechtmatig aan de slag zou zijn, horen aankondigen.

Een aantal collega's verwezen naar de terecht strenge eisen die we opleggen aan onze studenten en aan binnenlandse artsen om een erkenning te verkrijgen. In België gelden artsenquota en we weten dat één op de zeven artsen in ons land een buitenlands diploma heeft. Juist daarom zou de situatie ons bijzonder moeten verontrusten, aangezien die groep steeds groter wordt.

Ik sluit mij ook aan bij de kritiek dat u geen duidelijke timing of concreet stappenplan meegeeft. Misschien moeten we daar op een later moment in de commissie op terugkomen. Uw antwoord blijft onvolledig en is gespeend van elke urgentie.

01.12 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb begrip voor uw vragen over de timing en over de wijze waarop het IMI systematischer kan worden gebruikt en ik heb ze goed genoteerd. Ik stel voor dat ik daarop terugkom wanneer het wetsontwerp, waarnaar ik eerder heb verwezen en waarmee we de Federale Toezichtscommissie willen versterken, aan bod komt. Dat zal hopelijk nog voor het einde van dit jaar zijn.

01.13 Jan Bertels (Vooruit): Voor de Vooruitfractie is het een baseline dat we onze patiënten beschermen. Er bestaan inderdaad drempels die patiënten vandaag moeten beschermen, bij de

controle van zorgverstrekkers, denk maar aan het diploma, de attesten, het uittreksel uit het strafregister en het uittreksel in verband met professioneel gedrag. Het is positief, mijnheer de minister, dat de FOD Volksgezondheid sinds 2024 al die aspecten, samen met de taalkennis, zelf controleert en niet langer via een cascadesysteem werkt. Dat is een goede evolutie, waarop we moeten blijven inzetten.

Ik zie daarbij twee beleidsmatig belangrijke punten, waarover we hopelijk in de nabije toekomst verder kunnen discussiëren. Ik heb het dan over de initiatieven die worden genomen op Europees niveau, bij onze Europese collega's, zowel wat de tekortkomingen in het controlesysteem als wat de harmonisatie betreft. We moeten dat aandachtig blijven volgen.

Voorts hoop ik evenveel enthousiasme te mogen vaststellen bij alle fracties wanneer het gaat over de versterking van de bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie, die kan controleren, ingrijpen en boetes opleggen. Die tekst zal nog voor het einde van het jaar worden voorgelegd, zo heb ik begrepen.

Moties **Motions**

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion, les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Dominiek Sneppe en luidt als volgt:

"De Kamer,
gehoord de interpellatie van mevrouw Dominiek Sneppe
en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast Armoedebestrijding,
- overwegende dat uit het internationale onderzoeksproject *Bad Practice (De Tijd, The Times, OCCRP)* blijkt dat in België buitenlandse zorgverleners actief zijn die in andere lidstaten definitief uit het beroep werden gezet wegens ernstige inbreuken zoals fraude, seksueel misbruik of medische fouten;
- overwegende dat het Europese waarschuwingssysteem (IMI) sinds 2016 voorziet in een uitwisseling van dergelijke tuchtrechtelijke maatregelen tussen lidstaten, maar dat de verwerking en opvolging van inkomende meldingen in België traag en onvolledig blijven;
- overwegende dat dit leidt tot een risico voor de patiëntveiligheid en tot een ongelijk speelveld tussen Belgische en buitenlandse zorgverleners;
- overwegende dat de Orde van artsen en de FOD Volksgezondheid tot op heden geen sluitend systeem hebben ontwikkeld om Europese waarschuwingen automatisch te integreren in de nationale registers (RIZIV, Orde, FAGG);
- overwegende dat transparantie en publieke toegankelijkheid van disciplinaire maatregelen een essentieel element vormen van patiëntenbescherming en vertrouwen in de gezondheidszorg;
- overwegende dat het regeerakkoord de bestrijding van fraude en misbruik binnen de gezondheidszorg als prioriteit naar voren schuift, maar dat de huidige stand van zaken deze doelstelling onvoldoende waarmaakt;
vraagt de regering
- werk te maken van een volledig geautomatiseerde en verplichte koppeling tussen het Europese IMI-waarschuwingssysteem en de Belgische beroeps- en erkenningsregisters (RIZIV, Orde van artsen, FOD Volksgezondheid);
- te voorzien in een publiek raadpleegbaar register van gesanctioneerde zorgverleners, met respect voor de Europese privacyregels.
- een onafhankelijke audit te laten uitvoeren naar de werking en de doeltreffendheid van de Federale Toezichtcommissie en de Orde van artsen inzake opvolging van buitenlandse sancties;
- te onderzoeken hoe patiënten sneller en transparanter kunnen worden geïnformeerd wanneer een zorgverlener onder tuchtonderzoek staat of eerder gesanctioneerd werd;
- en de Kamer binnen zes maanden te informeren over de genomen maatregelen en hun concrete uitvoering."

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Dominiek Sneppe et est libellée comme suit:
"La Chambre,
ayant entendu l'interpellation de Mme Dominiek Sneppe
et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté,

- considérant qu'il ressort de l'enquête internationale *Bad Practice* (*De Tijd*, *The Times*, *OCCRP*) que des praticiens étrangers actifs en Belgique ont été exclus définitivement de la profession dans d'autres États membres à la suite d'infractions graves comme la fraude, des abus sexuels ou des erreurs médicales;
 - considérant que le système d'alerte européen (IMI) prévoit depuis 2016 un échange d'informations concernant les mesures disciplinaires de ce type entre États membres, mais que le traitement et le suivi des signalements reçus restent lents et incomplets en Belgique;
 - considérant que cette situation entraîne un risque pour la sécurité des patients et une concurrence déloyale entre les praticiens belges et étrangers;
 - considérant que l'Ordre des médecins et le SPF Santé publique n'ont, à ce jour, pas développé de système concluant visant à intégrer automatiquement les alertes européennes dans les registres nationaux (INAMI, Ordre, AFMPS);
 - considérant que la transparence et l'accessibilité publique des mesures disciplinaires constituent un élément essentiel de la protection des patients et de la confiance dans les soins de santé;
 - considérant que la lutte contre la fraude et les abus au sein des soins de santé est érigée en priorité dans l'accord de gouvernement, mais que cet objectif n'est pas suffisamment réalisé dans l'état actuel de la situation;
- demande au gouvernement
- de s'atteler à une connexion totalement automatisée et obligatoire entre le système d'alerte européen IMI et les registres professionnels et d'agrément (INAMI, Ordre des médecins, SPF Santé publique);
 - de prévoir un registre accessible publiquement des praticiens sanctionnés, dans le respect des règles européennes en matière de respect de la vie privée;
 - de faire réaliser un audit indépendant portant sur le fonctionnement et l'efficacité de la Commission fédérale de contrôle et de l'Ordre des Médecins en ce qui concerne le suivi des sanctions prises à l'étranger;
 - d'examiner comment informer les patients plus rapidement et de manière plus transparente lorsqu'un praticien fait l'objet d'une enquête disciplinaire ou a déjà été sanctionné;
 - et d'informer la Chambre dans un délai de six mois des mesures prises et de leur mise en œuvre concrète."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Jan Bertels.
 Une motion pure et simple a été déposée par M. Jan Bertels.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.
 Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

02 Samengevoegde interpellatie en vraag van

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De startquota voor artsen en tandartsen in Franstalig België" (56008706C)
- **Dominiek Snelpe** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De artsenquota en de toekenning van een hoger aantal kandidaten in de Franse Gemeenschap" (56000141I)

02 Interpellation et questions jointes de

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les quotas d'entrée pour médecins et dentistes en Belgique francophone" (56008706C)
- **Dominiek Snelpe** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les quotas de médecins et l'attribution d'un nombre plus élevé de candidats en FWB" (56000141I)

02.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Mijnheer de minister, in Franstalig België kunnen 1462 studenten beginnen aan hun opleiding tot arts en 186 aan hun opleiding tot tandarts.

Nochtans bepalen de federale quota dat er voor Franstalig België 950 RIZIV nummers beschikbaar zijn voor artsen en 108 voor tandartsen. Dit wil zeggen dat er een overschot is van respectievelijk 512 studenten geneeskunde (54%) en 78 studenten tandheelkunde (72%).

Het lijkt me sterk dat er in de loop van de studies een dermate grote uitval zal zijn van studenten.

De vrees leeft dan ook dat er opnieuw meer RIZIV nummers zullen worden uitgereikt dan toegestaan. En dat komt natuurlijk bovenop het jarenlang opgebouwde overschot (1500 teveel aan Franstalige kant).

Hierover heb ik volgende vragen:

Welke afspraken zijn hierover gemaakt met de Franstalige gemeenschap? Is het protocolakkoord dat in 2022 van start moest gaan inderdaad van toepassing?

Wist u dat er een dergelijk groot aantal studenten zou worden toegelaten? Welke deperditieformule werd er toegepast?

Op welke manier zal u garanderen dat de federale quota zullen worden nageleefd? Welke wetgevende initiatieven liggen klaar en wanneer zal u daar gebruik van maken? Zal u een responsabiliseringsmechanisme in het werk stellen en de overtallige nummers in mindering brengen van het eerstvolgende quotum?

Zullen de studenten die in overtal zijn geen aanspraak kunnen maken op een RIZIV nummer? Is er daarover communicatie geweest met de Franstalige gemeenschap?

02.02 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, voor het toelatingsexamen van 28 augustus 2025 voor de studie arts en tandarts van de Franse Gemeenschap waren 6.674 kandidaten ingeschreven. Uiteindelijk namen 5.294 kandidaten deel aan het examen. Dat betekent dat 1.380 personen niet deelnamen.

Volgens de uitslag van 8 september 2024 worden in de Franse Gemeenschap 1.462 kandidaten toegelaten tot de opleiding geneeskunde en 186 tot de opleiding tandheelkunde. Voor niet-residenten die worden toegelaten tot de opleiding geldt een quota van 15 %. Voor 2031, het einde van de studie genees- en tandheelkunde, laat de Federale Planningscommissie 2.328 nieuwe artsen met een RIZIV-nummer toe, 1.378 Vlamingen en 950 Franstaligen. Die federale quota houden rekening met een percentage uitvallers tijdens de studies op basis van een gemiddeld slaagpercentage.

Als er dit academiejaar in de Franse Gemeenschap 1.462 studenten in het eerste jaar geneeskunde starten, zijn dat er 512 meer dan de 950 die over 6 jaar tot het beroep worden toegelaten. Dat druist dus in tegen het pact dat u in 2022 sloot met de Franse Gemeenschap, die zich daarmee engageerde om het aantal startende studenten in overeenstemming te brengen met het aantal artsen dat 6 jaar later een praktijk mag beginnen.

In 2022 berekende de Federale Planningscommissie immers dat de 17 voorafgaande jaren proportioneel 2.233 Franstalige artsen te veel en 98 Vlaamse artsen te weinig werden opgeleid. Daarom bepaalt dat fameuze pact dat Vlaanderen het teveel aan artsen dat de Franstaligen in de loop der jaren opbouwde deels mag compenseren. Op die basis besliste de Vlaamse Gemeenschap om dit jaar 1.741 studenten op te leiden, 26 % of 363 meer dan wat federaal vastligt. De formule waarop Vlaanderen zich baseert, is helder en kan door iedereen worden ingekeken, maar dat kunnen we jammer genoeg niet zeggen van de formule waarop de Franse Gemeenschap zich beroept.

In 2022 zwaaide u nog met het pact dat u sloot met de Franse gemeenschap en zei dat dit nooit gezien was in de Belgische geschiedenis en dat de Franstalige gemeenschap zich eindelijk aan de quota zou houden. Het Vlaams Belang stond heel kritisch tegenover uw euforie over het pact en we twijfelden toen al aan het woord van de Franstaligen in dit land. Waarom zouden zij zich nu plots wel schikken naar de wet en de quota respecteren, iets wat zij in de voorbije kwarteeuw nooit deden?

Nu blijkt dat onze kritiek terecht was. U hebt zich laten ringeloren door uw Franstalige collega's. Hoeveel van wat in dat pact stond, werd gerealiseerd? Behalve dat er nu ook voor Franstalige studenten een toelatingsexamen is, blijkt het pact een zoveelste lege doos. Het toelatingsexamen blijkt immers ook geen goede filter te zijn, als er meer dan 50 % extra studenten worden toegelaten.

Wat stond er nog meer in dat pact? Overleg tussen de gemeenschappen en het federale niveau: nihil. Een uniforme deperditieformule: nihil. Oplossingen voor de verschillende vte's in het noorden en het zuiden van het land: nihil. Meer inspraak voor de gemeenschappen en de Federale Planningscommissie: nihil.

Mijnheer de minister, op basis van welke formule berekende de Franse Gemeenschap het aantal toegelaten studenten op 1.462 voor de opleiding geneeskunde en op 186 voor de opleiding tandheelkunde?

Het akkoord uit 2022 stipuleerde dat de federale en regionale niveaus de formule moesten goedkeuren. Tegen eind november 2022 moest dat uitmonden in een protocolakkoord. Drie jaar later is er echter nog steeds geen protocol en geen akkoord. Wordt daarvan alsnog werk gemaakt?

De Franse Gemeenschap interpreteert het pact uit 2022 blijkbaar naar eigen goeddunken, zoals wij destijds ook hadden gevreesd. Laat u dat zomaar toe?

Zult u in 2031 zwichten voor de Franse Gemeenschap en meer RIZIV-nummers voor Franstaligen toestaan dan door de Planningscommissie was voorzien? Onze kritiek was dat u geen stok achter de deur had, maar die hebt u blijkbaar wel. Wanneer zult u namelijk de federale contingencyersattesten uit de kast halen, om zo de Franse Gemeenschap te dwingen de quota te respecteren?

02.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: De federale quota bepalen hoeveel studenten na hun basisopleiding van zes jaar een specialisatie tot tandarts, huisarts of arts-specialist mogen aanvatten. Dat systeem is essentieel om de toekomstige behoeften aan zorgverleners in ons land adequaat te beantwoorden. De gemeenschappen bepalen op hun beurt hoeveel studenten mogen starten aan de basisopleiding en moeten inschatten hoeveel studenten tijdens de opleiding zullen uitvallen.

Sinds 2018 is er, in het kader van overleg over de totstandkoming van een protocolakkoord tussen de federale overheid en de deelstaten, een formule voor het inschatten van die uitval overeengekomen, de zogenoemde deperditieformule. Die formule werd voor het laatst bijgewerkt door de cel Aanbod en Planning van de Federale Planningscommissie in 2023. Elke gemeenschap baseert zich op die formule om de uitval van studenten in te schatten, maar behoudt de bevoegdheid om de coëfficiënten aan te passen volgens trends op het terrein en eigen specifieke kenmerken. De Franse Gemeenschap heeft overigens bij decreet het vergelijkend toelatingsexamen ingevoerd, sinds het academiejaar 2023-2024.

Ik ben er een absolute voorstander van om een deperditieformule op interfederaal niveau overeen te komen en te verankeren in een protocolakkoord. Tijdens de vorige legislatuur zijn daarover verregaande gesprekken gevoerd, maar ik heb moeten vaststellen dat de Vlaamse Gemeenschap niet bereid was daarmee verder te gaan. Men wilde dat overleg niet voeren en niet komen tot één interfederale deperditieformule. De aanhouder wint echter. Het is mijn bedoeling om de gesprekken volgend jaar terug op te starten.

De gemeenschappen zijn verantwoordelijk voor het organiseren van de instroom in de basisopleiding op een manier die ervoor zorgt dat, na de verwachte uitval, het aantal afgestudeerden in België dat aan een specialisatie begint, overeenstemt met de federale quota.

De deperditieformule houdt rekening met drie belangrijke coëfficiënten. Een eerste coëfficiënt is het aantal toegelaten laureaten die niet aan de studie beginnen, dat is de uitval vóór de start van de basisopleiding. Niet iedereen die slaagt voor het toelatingsexamen, start immers effectief met de opleiding.

Een tweede coëfficiënt is het aantal studenten dat niet aan de masteropleiding begint, dat is de uitval tijdens de basisopleiding. Het gaat om studenten die niet slagen. Dat percentage ligt hoger in de Franse Gemeenschap dan in de Vlaamse Gemeenschap.

Ten derde zijn er de gediplomeerden die, ondanks hun diploma, niet aan een specialisatie beginnen, dat is de uitval na de basisopleiding. Dat betreft buitenlandse studenten die na hun basisopleiding terugkeren naar hun land van herkomst. Ook dat aantal ligt hoger in de Franstalige Gemeenschap. Daarnaast zijn er afgestudeerden die niet aan de slag gaan in de zorgsector en zich dus niet specialiseren.

De uitvalpercentages die de Franse Gemeenschap voor 2025 heeft toegepast, bedragen 35 % voor de artsen en 42 % voor de tandartsen. Die percentages bedragen ongeveer 21 % in de Vlaamse Gemeenschap. Voor zover mij bekend is, stemmen die cijfers overeen met de vastgestelde realiteit op het terrein.

In haar planningsmodel gebruikt de Planningscommissie Medisch Aanbod historische waarnemingen om projecties te maken per gemeenschap, zodat de verschillende realiteiten worden weerspiegeld. Er is vastgesteld dat het percentage studenten dat niet slaagt in het bachelorprogramma voor beide opleidingen hoger ligt in de Franse Gemeenschap dan in de Vlaamse Gemeenschap. Het is uiteraard belangrijk die cijfers goed op te volgen, aangezien het organiseren van een vergelijkend toelatingsexamen zou kunnen leiden tot betere slaagcijfers.

Binnen de interfederale werkgroep Gezondheidsberoepen zal een subwerkgroep Planning worden opgericht, waarin alle betrokken partijen vertegenwoordigd zijn. Die werkgroep zal bijzondere aandacht besteden aan de opvolging van artsen en tandartsen, vanaf de selectie van de laureaten tot het verkrijgen van een RIZIV-nummer als specialist.

Ik wijs erop dat in het akkoord dat in 2022 met de Franstalige Gemeenschap werd gesloten, is bepaald dat vanaf 2028 eventuele overtallen slechts geregulariseerd zullen worden indien een overschrijding van het quotum van jaar X wordt afgetrokken van het aantal studenten dat wordt toegelaten tot de basisopleiding in jaar X + 1. Dat gebeurt op basis van artikel 92, § 1, 5°, van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.

02.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik begrijp dat de verliesformule kan worden aangepast aan de eigen specifieke kenmerken. Het is duidelijk dat elke gemeenschap daarvoor haar eigen bevoegdheden heeft. Toch vind ik het opvallend dat die kenmerken zo sterk verschillen. Zelfs onze partij had niet in de gaten dat de verschillen tussen de landsdelen zo groot zijn. We zullen binnen enkele jaren zien hoeveel RIZIV-nummers er effectief zullen worden aangevraagd. Hopelijk zal er dan ook verantwoordelijkheid worden genomen om ervoor te zorgen dat er opnieuw orde op zaken wordt gesteld. We zitten nu al met een overtal van 1.500 RIZIV-nummers. Die zijn ondertussen kwijtgescholden, dus daar mogen we het blijkbaar niet meer over hebben.

Mijnheer de minister, u zult begrijpen dat wij daar enigszins sceptisch tegenover staan. Helaas zullen we pas over enkele jaren weten wat de werkelijke gevolgen zullen zijn. Het is goed dat u opnieuw gesprekken zult aanknopen met de Vlaamse regering. Ik begrijp eerlijk gezegd wel de houding van de Vlaamse regering in de vorige legislatuur. Men zag geen reden om akkoord te gaan met een overeenkomst met daarin een kwietschelding van het opgebouwde overtal, terwijl men zichzelf altijd correct aan de afgesproken aantallen had gehouden. Men had daarbij het belang van de kwaliteit van de opleiding en een correcte consumptie van zorg voor ogen. Ik begrijp dus waar die weerstand vandaan kwam. Uiteraard hoop ik dat eventuele nieuwe gesprekken tot een goed resultaat zullen leiden.

02.05 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, u hebt me niet overtuigd, maar dat was te verwachten. U begon uw antwoord met de opmerking dat die quota niet zonder reden zijn ingevoerd, maar om een evenwicht te waarborgen tussen voldoende artsen en de kwaliteit van de opleiding. Als die quota echter stelselmatig worden genegeerd, dan raakt dat evenwicht natuurlijk zoek in een bepaald deel van het land.

Wat mij eveneens niet heeft overtuigd, is de uitvalsformule. In Vlaanderen is die helder en transparant, maar in Franstalig België zou ik ze toch eens opvragen, want volgens mij is er gewoon geen formule. Is het nattevingerwerk? Men moet bepaalde uitvalsfactoren vastleggen of in rekening brengen, maar kan men dat eigenlijk wel correct inschatten, aangezien het toelatingsexamen nog maar twee jaar van kracht is.

U was er destijds van overtuigd dat de Franstaligen het pact zouden volgen, maar ik heb u niets horen zeggen over de contingenteringsattesten. U zegt dat u het gesprek over het protocolakkoord opnieuw wilt opstarten, maar intussen zijn er alweer te veel studenten begonnen. Zal dat in 2031 opnieuw leiden tot een algemeen pardon? Waar zijn we eigenlijk mee bezig? De wet geldt voor iedereen, maar de ene blijkt toch wat gelijkter te zijn dan de andere.

Mijnheer de minister, u hebt die contingenteringsattesten in uw hoed zitten. Tover ze eruit, want dat is het enige middel om Franstalig België ertoe te brengen zich aan de quota te houden. Dat is bovendien de enige zekerheid voor de Franstalige studenten dat ze aan het einde van de rit, aan het einde van hun lange en zware studies ook werkelijk aan de slag zullen kunnen. Als u doet wat u zegt, namelijk voet bij stuk houden – wat ik betwijfel, want u zult tegen dan waarschijnlijk al lang weg zijn – dan zullen we een overschot aan artsen hebben in Franstalig België, terwijl de Vlamingen altijd braaf doen wat de wet hun oplegt. Dat brengt een onevenwicht met zich mee en brengt ook de goede kwaliteit van de opleiding in gevaar.

Mijnheer de minister, ik doe nogmaals een oproep om die contingenteringsattesten van onder het stof te halen. Bovendien is dat niet moeilijk. Er bestaat al een wettelijke basis, er moet alleen nog een KB worden genomen. Dat kan gemakkelijk, op een-twee-drie. Doe het dus.

Ik heb ook een motie ingediend om dat aan te kaarten en om dat gerealiseerd te krijgen.

Moties

Motions

De **voorzitter**: Tot besluit van deze bespreking werden volgende moties ingediend.
En conclusion de cette discussion, les motions suivantes ont été déposées.

Een motie van aanbeveling werd ingediend door mevrouw Dominiek Sneppe en luidt als volgt:

"De Kamer,

gehoord de interpellatie van mevrouw Dominiek Sneppe

en het antwoord van de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast Armoedebestrijding,

- overwegende dat het zogeheten pact van 2022 tussen de federale overheid en de Franse Gemeenschap voorzag dat het aantal toegelaten studenten in de geneeskunde en tandheelkunde in overeenstemming zou worden gebracht met de federale quota;

- overwegende dat uit de recente toelatingsresultaten van augustus 2025 blijkt dat de Franse Gemeenschap opnieuw aanzienlijk meer studenten tot de opleiding geneeskunde toelaat dan federaal werd voorzien, met een overschrijding van ruim 50 %;

- overwegende dat deze praktijk een structurele en herhaalde overtreding vormt van het gelijkheidsprincipe tussen de gemeenschappen en de wettelijke contingenteringsregels voor het toekennen van RIZIV-nummers;

- overwegende dat de Vlaamse Gemeenschap zich wél aan de afgesproken quota houdt, maar door de Franstalige overschrijdingen de facto gestraft wordt met een lagere federale vertegenwoordiging in het artsenkorps;

- overwegende dat deze scheeftrekking ernstige gevolgen heeft voor de rechtvaardige spreiding van zorgverstrekkers in het land, de financiële houdbaarheid van de ziekteverzekering en de geloofwaardigheid van de federale afspraken;

vraagt de regering

- de Franse Gemeenschap formeel te sommen om de contingentering te respecteren zoals bepaald door de federale Planningscommissie;

- de federale contingenteringsattesten effectief toe te passen, teneinde te vermijden dat Franstalige studenten zonder wettig recht een RIZIV-nummer verkrijgen;

- geen bijkomende RIZIV-nummers toe te kennen aan Franstalige afgestudeerden boven het contingent dat federaal werd vastgelegd;

- een transparante en uniforme berekeningsformule te publiceren, zoals voorzien in het pact van 2022, die door beide gemeenschappen en het federale niveau wordt goedgekeurd;

- de bevoegdheid over de planning van het medisch aanbod te herbekijken, met het oog op een eerlijk en autonoom Vlaams beleid inzake artsenquota."

Une motion de recommandation a été déposée par Mme Dominiek Sneppe et est libellée comme suit:

"La Chambre,

ayant entendu l'interpellation de Mme Dominiek Sneppe

et la réponse du vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté,

- considérant que le "pacte de 2022" conclu entre les autorités fédérales et la Communauté française

prévoyait que le nombre d'étudiants admis en médecine et en dentisterie serait mis en concordance avec le quota fédéral;

- considérant qu'il ressort des récents résultats d'admission d'août 2025 que la Communauté française admet une fois encore à la formation en médecine un nombre d'étudiants nettement supérieur au quota prévu par les autorités fédérales, puisqu'il le dépasse de plus de 50 pour cent;

- considérant que cette pratique constitue une violation structurelle et répétée du principe d'égalité entre les communautés et des règles légales du contingentement pour l'attribution des numéros INAMI;

- considérant que la Communauté flamande respecte, elle, les quotas convenus, mais qu'en raison des dépassements francophones, elle est sanctionnée *de facto* par une représentation fédérale moindre dans le corps médical;

- considérant que cette distorsion entraîne de graves conséquences pour la répartition équitable des prestataires de soins dans le pays, pour la viabilité financière de l'assurance soins de santé et pour la crédibilité des accords fédéraux;

demande au gouvernement

- de sommer officiellement la Communauté française de respecter le contingentement tel que défini par la Commission fédérale de planification de l'offre médicale;

- d'appliquer effectivement les attestations de contingentement fédérales, afin d'éviter que des étudiants francophones n'obtiennent un numéro INAMI sans y avoir droit légalement;

- de ne pas accorder de numéros INAMI supplémentaires aux diplômés francophones au-delà du contingent qui a été fixé au niveau fédéral;

- de publier une formule de calcul transparente et uniforme, tel que le prévoit le pacte de 2022, qui sera approuvée par les deux communautés et le niveau fédéral;

- de réexaminer la compétence pour la planification de l'offre médicale, dans l'optique d'une politique flamande équitable et autonome en matière de quotas de médecins."

Een eenvoudige motie werd ingediend door de heer Jan Bertels.

Une motion pure et simple a été déposée par M. Jan Bertels.

Over de moties zal later worden gestemd. De bespreking is gesloten.

Le vote sur les motions aura lieu ultérieurement. La discussion est close.

03 Débat d'actualité sur le budget de l'INAMI et questions jointes de

- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le budget de l'INAMI 2026" (56008924C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rejet de l'objectif budgétaire par le Comité de l'assurance" (56009041C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Comité de l'assurance de l'INAMI" (56009149C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le budget des soins de santé" (56009341C)
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La proposition de budget des soins de santé 2026" (56009395C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le budget de l'INAMI" (56009425C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement de la concertation sur le budget de l'INAMI" (56009430C)

03 Actualiteitsdebat over het RIZIV-budget en toegevoegde vragen van

- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De RIZIV-begroting voor 2026" (56008924C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De niet-goedkeuring van de begrotingsdoelstelling in het Verzekeringscomité" (56009041C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Verzekeringscomité van het RIZIV" (56009149C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidszorgbegroting" (56009341C)
- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het voorstel voor een gezondheidszorgbegroting 2026" (56009395C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het RIZIV-budget" (56009425C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken met betrekking tot het overleg over de RIZIV-begroting" (56009430C)

De **voorzitter**: Mevrouw Schlitz is niet aanwezig.

03.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, we volgen het nieuws op de voet. We moeten ons immers informeren via de media om in het Parlement bij te blijven. We begrijpen dat de opmaak van het gezondheidsbudget altijd een delicate oefening is, zeker wanneer er moet worden bespaard.

In het verleden werd daarover gediscussieerd in de overlegstructuren van het RIZIV en kwam men tot een gedragen voorstel. Dit jaar is dat duidelijk niet gelukt in het Verzekeringscomité. We vernamen gisteren dat u via de Algemene Raad een begroting hebt doorgedruwd die vooral een vertaling is van uw eerdere opdrachtenbrief. Zo weten we nu al dat het gezondheidsbudget aangroeit met afgerond 1,56 miljard euro, toch een belangrijke voorafname op de gehele begrotingsoefening die momenteel nog niet is afgerond.

Twee zaken zijn alvast duidelijk: de groeinorm en de index blijven gevrijwaard. Dat betekent echter niet dat alle beroepsgroepen erop vooruitgaan, want er moet ook, zo lezen we, 470 miljoen euro worden bespaard: 150 miljoen euro bij de medische prestaties, 50 miljoen euro bij de ziekenfondsen, 227 miljoen euro in de farmasector en 47 miljoen euro bij de andere zorgverleners. Daarbij lijkt het, althans volgens onze lezing, dat u vooral de zelfstandige zorgverleners viseert, zoals de farmasector en de artsen. Dat is op zich niet helemaal nieuw. Gevrijwaard blijven de ziekenfondsen en de medische huizen. Het lijkt er bovendien op dat de overconsumptie van geneesmiddelen belangrijker wordt geacht dan de overbevraging van artsen.

Zonder dat we hier een allesomvattend debat kunnen voeren – want dat is niet mogelijk binnen het tijdsbestek waarbinnen we moeten werken –, heb ik toch al een aantal vragen voor u. De farmasector heeft voorstellen tot besparingen gedaan, maar u hebt die niet aangehouden. Ook het RIZIV heeft dat

niet gedaan. Kunt u toelichten waarom?

Ook bij de artsen werden een aantal besparingsmaatregelen geformuleerd, maar ook die werden van tafel geveegd en vervangen door andere maatregelen. U bent onder andere niet ingegaan op het voorstel om de remgelden te verhogen voor een bezoek aan de arts, maar u hebt er wel voor gekozen om de overconsumptie van geneesmiddelen aan te pakken. Er wordt dus wel ingezet op de beperking van de overconsumptie van geneesmiddelen, maar niet op die van artsenbezoeken. Kunt u dat toelichten?

Voor de artsen wordt ook een groot aantal lineaire maatregelen genomen. Zo vermindert u de sleutelletterwaarde, terwijl nog heel wat zaken in concrete maatregelen moeten worden omgezet. U hebt dus nu al een budget vastgesteld zonder dat de maatregelen al bekend zijn.

In de ziekenhuissector bespaart u 50 miljoen euro. Nochtans had u al eerder aangegeven dat volgens u 8 % van de bedden kan verdwijnen. Waarom zet u die operatie niet meteen door?

Kunt u ons ten slotte toelichten welke besparingen precies zijn doorgevoerd voor medische huizen, waardoor ze zagezegd al 7 miljoen euro hebben bespaard. We stellen immers vast dat de opdrachtenbrief forser was en de signalen op het terrein elkaar tegenspreken. Nogmaals, dit is slechts een kleine bloemlezing van vragen naar aanleiding van het pakket waarvan we gisteren kennis konden nemen.

03.02 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, hier, vous avez fait adopter le budget des soins de santé pour 2026. Soyons clairs: c'est un budget d'austérité. Nous ne sommes, d'ailleurs, pas les seuls à le dénoncer. Ce sont près de 900 millions d'euros d'économies qui sont réalisées sur le dos des patients, des soignants et de nos hôpitaux. Sous prétexte de responsabilité budgétaire, on va donc faire payer celles et ceux qui soignent et celles et ceux qui souffrent.

Concrètement, comment cela se traduit-il? La consultation des sages-femmes – qui était gratuite – deviendra payante, les malades chroniques verront le prix de leurs médicaments augmenter et plusieurs traitements essentiels seront moins bien remboursés.

Prenons un exemple très concret! Prenons le cas de Karine, qui a 62 ans, qui est diabétique et qui, chaque jour, prend un médicament pour éviter les AVC et un autre pour protéger son estomac. Avec vos mesures, se soigner va lui coûter 190 euros de plus par an. Pendant ce temps, le personnel soignant, déjà épuisé, devra faire encore plus avec moins et les hôpitaux, eux, devront réduire leurs dépenses de 160 millions d'euros.

Après cela, certains viendront faire semblant de s'inquiéter de voir des services fermer. Regardez la maternité de Lobbes qui ferme déjà. Demain, combien d'autres vont suivre? En effet, ce ne sera pas ce gouvernement qui décidera directement de fermer tel ou tel service dans tel ou tel hôpital. Mais ce sont bien vos choix budgétaires qui pousseront les hôpitaux à le faire. Aujourd'hui, ce sont la qualité, l'accessibilité et la sécurité des soins qui sont en jeu.

Monsieur le ministre, pourquoi demander des sacrifices aux patients, aux hôpitaux, aux soignants et pas aux géants pharmaceutiques qui continuent, eux, à engranger des profits colossaux? Vous nous parlez souvent, monsieur le ministre, de ne pas ouvrir le robinet. Mais ce que vous prévoyez, ce sont 2 milliards d'euros d'économie d'ici 2029, dont près d'un milliard acté pour 2026.

Mais allez-vous vous arrêter là? Dites-le nous franchement, monsieur le ministre! La norme de croissance du budget des soins de santé est-elle pour l'instant renégociée au sein du gouvernement, oui ou non? En effet, ce qui se joue ici, c'est évidemment l'avenir de notre système de soins et ce sont les patients qui risquent d'en payer le prix.

03.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de collega's hebben de context al geschetst. Ik kom dus meteen tot mijn vragen.

Welk voorstel werd er gisteren goedgekeurd? Is dat het voorstel dat eerder door het Verzekeringscomité is afgekeurd of gaat het om uw eigen voorstel? Wat hebt u aangepast aan eerdere versies? Wat houdt dat precies in?

Betekent de goedkeuring van het budget gisteren dat het RIZIV-budget voor 2026 vastligt en dus niet meer op de onderhandelingstafel ligt voor de begroting?

Ik heb ook nog enkele vragen over specifieke zaken die naar buiten komen. Er wordt gesproken over een hervorming van het remgeld op geneesmiddelen. Op elk geneesmiddel zou voortaan een remgeld worden geheven van minimaal een à twee euro. Voor welke klassen van geneesmiddelen betekent dat een prijsverhoging? Zijn er eventueel ook prijsverlagingen?

Daarnaast is er het remgeld voor de vroedvrouwen. De mutualiteiten signaleren dat zij daarmee alleen konden instemmen omdat u garandeerde dat het geld dat daarmee wordt opgehaald, opnieuw in de sector geïnvesteerd zou worden. Mijn vraag is dan ook eenvoudig: aan welke investeringen denkt u in die sector?

03.04 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, gisteren kwam de aankondiging over de besparingen van ruim 800 miljoen euro in de zorgsector in 2026. Vanochtend zag ik op sociale media een visual van Vooruit waarop staat: "De sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen." Daarbij wordt gezegd dat ook de farmasector zijn deel zal moeten doen en de helft van de inspanningen op zich zal nemen. Dat inspireerde mij om de minister om uitleg te vragen.

Als ik naar de tabellen kijk, zie ik inderdaad dat een groot deel van de inspanning uit de farmaceutische sector komt, maar onder die sector vallen ook de patiënten, die een hoger remgeld zullen moeten betalen voor hun medicatie. Net van hen wordt eigenlijk de grootste inspanning gevraagd: een hoger remgeld voor cholesterolverlagers, voor maagzuurremmers, voor zowat alle geneesmiddelen – zelfs voor medicatie die vandaag gratis is, zoals kankermedicatie. Daaruit komt 100 miljoen euro aan besparingen, terwijl van de farmasector zelf 90 miljoen wordt gevraagd. Dus als men zegt dat de sterkste schouders de zwaarste lasten moeten dragen, wie zijn dan die sterkste schouders? Dat zijn blijkbaar de patiënten.

Ik heb een getuigenis ontvangen van een arbeider die al 37 jaar in ploegen werkt in de automobielsector, in een spuitcabine met gevaarlijke stoffen. Zijn aders zijn dichtgeslibd, hij heeft diabetes en neemt daarvoor medicatie. Met de maatregelen die u nu neemt, verdubbelt zijn factuur. Dat zijn de mensen die getroffen worden door de besparingen. Dat zijn de schouders die de lasten dragen, boven op alle andere maatregelen die ze al hebben moeten slikken van deze arizonaregering.

Mijn vraag is dus heel eenvoudig. Hoe legt u uit dat zogezegd de sterkste schouders de zwaarste lasten dragen, terwijl het in werkelijkheid de patiënten zijn die de factuur gepresenteerd krijgen?

03.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Dat het overleg binnen het Verzekeringscomité nogal stroef verloopt, is een open deur intrappen. Begin deze maand bleezen de artsen uiteindelijk het overleg op en gingen niet akkoord met de voorgestelde maatregelen.

Volgens uw opgelegde planning zouden er deze week (de 2de maandag van oktober) adviezen moeten binnenkomen van DGOS en CBC en volgende week zou de Algemene Raad van het Verzekeringscomité zich moeten buigen over het voorgestelde budget en de voorgestelde besparingsmaatregelen.

Daarover volgende vragen:

Zijn de artsensyndicaten al terug "on speaking terms"?

Is er nog sprake van overleg? Wat is de stand van zaken van het overleg?

Zijn de adviezen binnen volgens planning? Wat werd geadviseerd?

03.06 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, gisteren keurde de Algemene Raad van de verzekering voor geneeskundige verzorging, overigens ook een overlegstructuur, de

gezondheidsbegroting voor 2026 goed. Zoals de andere sprekers al hebben aangekaart, toont die begroting een duidelijke en ambitieuze visie. Er wordt volgend jaar meer dan 1,5 miljard euro extra geïnvesteerd, onder meer dankzij de vrijwaring van de index en de groeinorm, zoals een collega hier al heeft aangehaald.

Wat voor onze Vooruitfractie belangrijk is, is dat die begroting aantoont dat investeren en hervormen perfect kunnen en moeten samengaan. We hebben de investeringen en de hervormingsagenda nodig om onze ziekteverzekering solidair en duurzaam te kunnen behouden voor de toekomst.

Er zitten heel positieve elementen in, voor zowel de zorgverleners als de patiënten, die ik zal vervatten in mijn vragen.

De begroting combineert een forse investering in hervormingen. Ze is vertrokken vanuit de gezondheidszorgdoelstellingen. Kunt u aangeven hoe die gezondheidszorgdoelstellingen mee aan de basis hebben gelegen?

Kunt u concreter maken wat de uitbreiding van de maximumfactuur in 2026 betekent voor de langdurig zieke psychiatrische patiënten, die in het systeem van de maximumfactuur worden opgenomen? Ook een aantal geneesmiddelen zal opgenomen worden in de maximumfactuur. Hoe zal dat de factuur verlichten voor sommige langdurig zieken of voor mensen die veel medicatie moeten gebruiken?

We geven een belangrijk signaal door te investeren in de eerste lijn, bijvoorbeeld in de wachtposten. Daarnaast wordt ook meer geïnvesteerd in de vroedvrouwen; daarnaar was al heel lang vraag. Dat gebeurt nu, via een herinvestering van het remgeld. Dat laat toe de vroedvrouwen beter te honoreren. Kunt u dat toelichten?

Ook op de iets langere termijn moeten we investeren in de hervormingsagenda. Solidariteit is belangrijk voor onze gezondheidszorgverzekering, en voor onze sociale zekerheid in het algemeen. We moeten duurzaam investeren en hervormen om onze gezondheidszorgverzekering duurzaam en robuust te houden. In uw communicatie wijst u erop dat er nu hervormingen moeten komen om ruimte te maken voor een sociaal akkoord voor het zorgpersoneel. Kunt u dat bevestigen en toelichten?

03.07 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, j'ai un moyen mnémotechnique simple, de constater que le budget des soins de santé est en augmentation: c'est la première fois qu'il dépasse les 40 milliards. C'est bien la preuve qu'auparavant, il était inférieur à ce seuil. L'augmentation est donc réelle. Vous savez que je n'accorde pas beaucoup d'importance aux pourcentages. Ce qui m'intéresse, c'est le contenu du budget, et surtout la manière dont l'argent public est utilisé pour la santé.

J'aimerais, toutefois, poser plusieurs questions. Tout d'abord, je regrette qu'il n'ait pas été possible de réaliser ce budget par la voie de la concertation. C'est dommage et il faudra renouer au plus vite avec cette méthode.

Je constate qu'on ne touche pas au ticket modérateur, qui n'a pourtant plus été augmenté depuis plus de vingt ans. En réalité, il a fortement diminué, puisqu'il n'a jamais été indexé. Je regrette qu'il n'ait pas été possible d'être davantage solidaire et responsable, en envisageant une augmentation du ticket modérateur pour les patients ne bénéficiant pas de l'intervention majorée. C'est, selon moi, une occasion manquée et une forme d'irresponsabilité.

Concernant le cholestérol, je comprends la volonté de limiter l'ampleur des prescriptions d'hypocholestérolémiants. Toutefois, je m'inquiète de la manière dont vous comptez faire en sorte que les patients en prévention primaire avec comorbidité, ou en prévention secondaire, puissent bien recevoir les hypocholestérolémiants évidemment nécessaires à leur état de santé.

Enfin, je vois que vous limitez la liberté de prescription des médecins généralistes en matière de scanners. Il est vrai que notre pays en prescrit trop, comparativement à d'autres pays européens. De plus, c'est une technique qui irradie les patients. Cela doit donc être prescrit à bon escient. Mais n'y a-t-il pas moyen de travailler sur la prescription en elle-même, plutôt que de limiter drastiquement la liberté thérapeutique des médecins généralistes? Il s'agit à nouveau d'une atteinte vis-à-vis des médecins généralistes qui ne me semble pas nécessairement heureuse.

Voilà les quelques réflexions que je voulais apporter.

03.08 Frieda Gijbels (N-VA): Het behoud van een kwaliteitsvolle, betaalbare en duurzame gezondheidszorg is een uitdaging die ons allemaal bezighoudt, of toch zou moeten bezighouden. Een besparingsoefening is nooit aangenaam en nooit eenvoudig. Het is dan zaak om daar op een gerichte en verstandige manier mee om te gaan, zodat de kwaliteit van de zorg zeker niet in het gedrang komt.

Het is jammer dat er geen akkoord kon worden bereikt op de zogezegd normale manier. Ik wil ook aandringen om on speaking terms te blijven met de zorgverstrekkers en de syndicaten.

Mijnheer de minister, wat zijn de reacties van de verschillende zorgsectoren? Zijn er bepaalde opvallende aandachtspunten waarmee men rekening zal moeten houden in de toekomst? Op welke manier zal de impact van de genomen maatregelen worden gemonitord? Zal worden geëvalueerd of die maatregelen werkbaar zijn en of de zorgkwaliteit gegarandeerd kan blijven? Indien na verloop van tijd blijkt dat aanpassingen nodig zijn, zal er dan ruimte zijn om die door te voeren?

03.09 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte Kamerleden, om te beginnen vind ik het jammer dat er in het Verzekeringscomité geen akkoord kon worden bereikt over een voorstel dat kon worden bezorgd aan de Algemene Raad. De regering heeft geluisterd naar de kritische bedenkingen. We hebben niet met alle, maar wel met een aantal kritische bedenkingen rekening kunnen houden. Het resultaat is wel een brede consensus op de Algemene Raad, met 17 stemmen voor en 4 onthoudingen. Het ging natuurlijk om een voorstel dat door de regering op punt was gesteld. Van de sociale partners hebben de werkgevers, een groot deel van de vakbondsbank en een groot deel van de mutualistische bank het voorstel goedgekeurd. Ik besef echter dat de artsenorganisaties niet tevreden zijn met wat voorligt.

Er kan nochtans niet worden beweerd dat er geen gelegenheid is geweest tot overleg. Die gelegenheid is er geweest op het Verzekeringscomité. Uiteindelijk heeft op de Algemene Raad de grote meerderheid van de actoren, onder meer ook de vakbonden en de mutualiteiten, verklaard dat het voorstel in de huidige omstandigheden een goed voorstel is.

Mevrouw Gijbels, mevrouw De Knop, mijnheer Bacquellaine, ik wil daaraan meteen toevoegen dat, wanneer de artsenorganisaties de doelmatigheid die we beogen en waarvan we denken dat ze op een aantal domeinen moet worden versterkt, kunnen versterken met alternatieve voorstellen, die voorstellen heel welkom zijn.

Mevrouw De Knop, ik wil zelfs iets preciezer zijn, omdat u het even hebt aangestipt, naar mijn mening terecht. In de opdrachtbrief van de regering stond immers de vraag of binnen het budget van de artsenhonoraria maatregelen konden worden genomen ten belope van 150 miljoen euro, gericht op meer doelmatigheid. Wanneer u kijkt naar hoe die 150 miljoen euro is samengesteld, dan blijkt dat bijna 56 miljoen euro daarvan wordt gerealiseerd door maatregelen waarbij iets wordt gedaan aan een tarief of de wijziging van een sleutelletter, zoals we dat noemen. Dat is dus een tariefwijziging, dat is geen ingreep op het volume. De resterende 94 miljoen euro, wat toch een aanzienlijk bedrag is, betreft wel degelijk maatregelen op het volume. Dat is dus in principe wat moet gebeuren, want, voor alle duidelijkheid, het louter verlagen van tarieven is niet de beste keuze.

U zou dus kunnen stellen – ik zal u op dat punt niet tegenspreken – dat wanneer bijna 56 miljoen euro aan maatregelen in het budget van de artsenhonoraria voortvloeit uit aanpassingen van sleutelletters, dat inderdaad een uitnodiging vormt aan de artsenorganisaties om alternatieven voor te stellen die meer gericht zijn op volumebeheersing en doelmatigheid.

Monsieur Bacquellaine, vous avez souligné une mesure qui est délicate en termes de message pour la médecine générale. J'accepte cela; j'y ai moi-même un peu réfléchi. Il s'agit de la proposition des radiologues de réserver la prescription d'examen CT de la colonne vertébrale, à un certain nombre de spécialistes. Ce sont les radiologues mêmes qui sont à l'initiative de cette décision.

Je comprends que les médecins généralistes se sentent visés, mais à vrai dire, il y a des spécialistes aussi qui ne pourront plus prescrire cet examen si cette mesure est appliquée, parce que nous avons limité la possibilité de prescrire ces CT de la colonne vertébrale aux spécialistes en neurochirurgie, neurologie, orthopédie, médecine physique, médecine d'urgence et rhumatologie. En effet, ce CT de la

colonne vertébrale est nécessaire dans des contextes précis, par exemple en cas d'opération envisagée, ou d'autres contextes précis dans lesquels lesdits spécialistes sont en action, et pas d'autres spécialistes, ni les médecins généralistes.

Je comprends bien que, dans le chef des médecins généralistes, cela peut être perçu comme un manque de confiance, mais à vrai dire, le contexte dans lequel un médecin généraliste voit un patient – comme d'autres spécialistes voient un patient – n'est pas un contexte dans lequel un examen CT de la colonne vertébrale est à prescrire. C'était l'avis de l'association des radiologues et nous l'avons suivi.

Met andere woorden, doelmatigheid brengt soms mee dat men een maatregel neemt waarbij men het voorschrijven beperkt tot een welbepaalde groep artsen, terwijl de context voor andere artsen zich daartoe niet leent, bijvoorbeeld omdat een CT-scan enkel echt noodzakelijk is in geval van een operatie of een pathologie; ondertussen zit de patiënt wel bij een andere specialist.

U vroeg naar de medische huizen, mevrouw Gijbels. Eigenlijk zijn we in twee etappes te werk gegaan. De inspanning die nu gevraagd wordt, vormt eigenlijk de tweede golf aan maatregelen. In juni beslisten we namelijk al een eerste golf van maatregelen op basis van overleg, waaraan onder andere ook de artsen en de farmaceutische industrie hebben bijgedragen. In die eerste golf moesten de medische huizen een besparingspakket van 4,3 miljoen euro op tafel leggen. Men heeft daarvoor een aantal maatregelen uitgewerkt op basis van adviezen van de commissie Forfait. Zo moet de elektronische identiteitskaart systematisch worden gelezen bij de inschrijving en om de drie jaar worden herlezen.

Daar komt nu nog 3 miljoen euro bij, in de vorm van een vermindering van de technische raming. Dat betekent dat het budget waarbinnen men erkenningen kan toekennen en in zekere zin kan programmeren, iets strakker wordt. Daardoor ontstaat een wat "strakkere" programmatie van de ontwikkeling van medische huizen. In totaal gaat het dus over 7,3 miljoen euro. Dat was ook de vraag, wat men daarover ook moge denken. Sommige mensen vonden dat onterecht, anderen vonden het meer dan terecht. Hoe dan ook blijft het een aanzienlijke inspanning van de medische huizen.

De ziekenfondsen, mevrouw De Knop, kregen ook de opdracht om maatregelen uit te werken, met name om oneigenlijk gebruik tegen te gaan. Als ze dat niet doen en die maatregelen geen resultaten opleveren, zullen zij zelf 25 miljoen euro verliezen. Zij hebben dus een soort huiswerk gekregen dat gebaseerd is op indicatoren. Als dat niet het verwachte resultaat oplevert in termen van 25 miljoen euro minder uitgaven, dan verdwijnt die 25 miljoen bij hen. De ziekenfondsen passeren hier immers wel langs de kassa, nadat we hun administratiekosten al verschillende keren hebben verminderd.

Wat was ons probleem met de voorstellen van Pharma.be en van Medaxes? Het is niet dat we overleg weigeren. Trouwens, u zult, wanneer u de opeenvolgende voorstellen vergelijkt met de finale beslissing van de Algemene Raad, vaststellen dat echt wel rekening is gehouden met de vele gesprekken met de farmaceutische industrie. Dat Pharma.be en Medaxes elk alternatieve voorstellen indienden die elkaar tegenspreken, waarbij de voorstellen van Pharma.be allemaal ten koste waren van de leden van Medaxes en die van Medaxes allemaal ten koste van de leden van Pharma.be, maakte het overleg niet eenvoudig. Ik sluit verder overleg in de toekomst zeker niet uit en hoe dan ook hebben we geprobeerd om maximaal met hen rekening te houden.

Mevrouw Eggermont, als u kijkt naar de cijfers, dan kunt u niet anders dan vaststellen dat van de bijkomende opdracht die nu moet worden gerealiseerd, een zeer groot aandeel bij het farmaceutischbudget zit en dat een belangrijk deel daarvan rechtstreeks door de farmaceutische industrie moet worden opgehoest door een korting op haar prijzen ten belope van 80 miljoen euro, n door de *clawback*.

Overigens, mevrouw Eggermont, als u niet kritisch bent - en ik heb de indruk dat u dat niet bent - voor het absolute overgebruik van maagzuurremmers, waarin we bijna wereldkampioen zijn, dan moet men zich afvragen wiens belang u dient. Dat is toch enkel dat van de verkopers van de maagzuurremmers. U bent tot nu toe hun beste propagandist geweest, want u zegt dat mijn uitgangspunt dat er te veel maagzuurremmers worden voorgeschreven, schandig is. Die firma's zullen u daar ongetwijfeld dankbaar voor zijn.

De beste besparing op de farmaceutische sector is dat er minder wordt voorgeschreven. De wetenschappelijke richtlijnen over maagzuurremmers zijn overduidelijk. Het gaat niet om medicatie die

men chronisch moet innemen, behalve in zeer specifieke omstandigheden. Het is medicatie die men slechts nu en dan nodig heeft. Bovendien veroorzaakt het, wanneer men het langdurig blijft nemen, ontwenningsproblemen. Wanneer men ermee stopt, ondervindt men gedurende twee weken hinder. Dat is een fantastisch businessplan, als u het mij vraagt. Als u zegt dat het fout is om het gebruik van maagzuurremmers te willen verminderen, dan moet de farmaceutische industrie u bijzonder dankbaar zijn.

De wens van de regering en ook mijn persoonlijke wens is niet dat de mensen veel meer remgelden betalen. Onze wens is dat er minder maagzuurremmers worden voorgeschreven. Om dat bewustzijn te creëren, moet men echter ook een duidelijk signaal geven.

Le débat est quelque peu semblable pour les statines ou, plus généralement, les médicaments hypocholestérolémiants. Là, vous avez raison, monsieur Bacquellaine, des nuances existent.

Au niveau des hypocholestérolémiants, la question est: quelle est la plus-value médicale en prévention primaire pour des gens qui n'ont pas de risque indiqué? S'il y a suffisamment d'argent dans le budget, en néerlandais, on dit: "*Baat het niet dan schaadt het niet.*" Autrement dit, si cela n'aide pas, cela ne fait pas de mal. C'est une ligne de conduite que l'on peut suivre si on a suffisamment d'argent. Mais dès le moment où il faut réfléchir sur l'endroit où on investit les euros que l'on a, alors il faut chercher la plus-value la plus importante. C'est la raison pour laquelle nous disons qu'il faut réfléchir sur cette prescription. Le fait qu'un quart des Belges de 40 ans ou plus consomment des statines est quand même interpellant. Et surtout le fait, comme l'a remarqué le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), que beaucoup de gens qui commencent sur la base d'une prescription, et peut-être sur la base d'une motivation intrinsèquement honnête de leur médecin, arrêtent après quelque temps. Il convient donc de s'interroger. Le message n'est pas que nous voulons que les patients payent davantage les tickets modérateurs, qui sont d'ailleurs assez limités suite à ce que nous avons finalement décidé. Ce que nous voulons, c'est qu'on arrête de prescrire si la plus-value est très limitée. C'est le message. Et si l'on prescrit avec une plus-value médicale très limitée, alors le fait que le citoyen paye un peu plus est acceptable.

Ce qu'il s'est passé dans le débat sur les statines montre que nous avons quand même bien écouté. En effet, les mesures que nous avons proposées au Conseil général sont plus légères que celles qui figuraient initialement dans la lettre de mission du gouvernement. Nous avons proposé de traiter les hypocholestérolémiants dans le remboursement catégorie C. Si je ne me trompe pas, cela veut dire que pour 100 jours, au lieu, par exemple, de 6 euros de ticket modérateur, vous payerez 15,5 euros de ticket modérateur. Sur une base annuelle, cela représente peut-être 30 ou 40 euros.

Je ne dis pas que ce n'est rien, car pour certaines personnes, chaque euro compte. Mais il ne faut pas non plus prétendre qu'il s'agit d'une catastrophe en matière d'accessibilité de ce type de médicaments. Avec cette mesure, nous libérerons des moyens pour rembourser plus rapidement des médicaments absolument nécessaires, innovants et avec une très grande plus-value, mais souvent onéreux. Nous accélérerons la procédure souvent très longue de remboursement de ces médicaments attendus par des patients, souvent des enfants. Sachant cela, il y a donc un gain important. La même chose vaut pour les mesures que nous avons décidées pour le ticket modérateur minimal pour un conditionnement, une boîte donc, à savoir 2 euros, et 1 euro pour une personne sous statut BIM. Ce n'est certes pas une mesure facile, mais si cet argent peut servir à accélérer le remboursement de médicaments absolument nécessaires et souvent critiques, et qui ne sont actuellement pas accessibles et dont les procédures prennent énormément de temps, les priorités sont au bon endroit. Pour moi, la justice sociale, c'est choisir les priorités et d'abord aider ceux qui sont dans la situation la plus difficile et préoccupante. Ce sont les choix que nous faisons ici.

S'agissant des malades chroniques, madame Désir, il faut remarquer que ce budget présente également des mesures importantes en soutien aux malades chroniques. Il y a, par exemple, l'inclusion des médicaments des catégories Cs et Cx dans le maximum à facturer, ceci incluant les antiallergiques. Pour les patients atteints d'une pathologie chronique telle qu'une allergie, ces médicaments ne pèseront donc pas sur leur budget s'ils dépassent la limite du maximum à facturer.

Par exemple, les contraceptifs seront inclus dans le maximum à facturer. Par ailleurs, pour les patients hospitalisés en psychiatrie pendant une période dépassant une année, l'entièreté du coût de leur séjour sera désormais également incluse dans le maximum à facturer. Cette lacune dans notre système de

protection était particulièrement regrettable. Nous le savions, mais nous n'avions pas encore réussi à concrétiser cette avancée. Désormais, tout le coût du séjour sera pris en compte dans le maximum à facturer, même après 366 jours d'hospitalisation dans un hôpital psychiatrique.

Dat is ook een antwoord op de vragen van de heer Bertels.

Mijnheer Van Lysebettens, u vroeg welk voorstel nu is goedgekeurd. Dat vind ik een moeilijke vraag. Ik zou u daarvoor willen verwijzen naar de website van het RIZIV. Dat is inderdaad niet wat de mutualiteiten op het Verzekeringscomité hebben voorgelegd. Het is ook niet helemaal letterlijk wat in de opdrachtenbrief van de regering stond. Het zit in de grote prioriteiten van de opdrachtenbrief van de regering, maar het houdt rekening met een aantal kritieken die zijn geformuleerd.

Concernant les hôpitaux, madame Désir, ce n'est pas un reproche – sans doute ne pouvez-vous pas immédiatement saisir toutes les données, mais il y a un investissement considérable dans la liquidité des hôpitaux. En effet, nous sommes en train de récupérer dans le chef des hôpitaux des montants de rattrapage des années précédentes très importants.

Cette année encore, 580 millions d'euros supplémentaires seront reçus par les hôpitaux dans le système de rattrapage, donc pour régler les arriérés du passé. Ce sont 240 millions de plus qu'en 2024, ce sont près de 400 millions de plus qu'en 2023 et, avant 2023, il s'agissait souvent de montants négatifs.

Vous vous imaginez qu'en termes de liquidité, on va injecter dans les hôpitaux plus d'un demi-milliard d'euros – 240 millions d'euros de plus qu'en 2024, 400 millions de plus qu'en 2023. En termes de liquidité, c'est super important.

Et on prend un peu de temps pour réfléchir avec les hôpitaux sur des mesures plutôt structurelles, par exemple promouvoir un shift de certaines activités des hospitalisations classiques vers l'hôpital de jour, de l'hôpital de jour vers l'activité purement en ambulatoire. Mais, en même temps, on est en train de régler un problème de liquidité extrêmement important. Et donc, si je dis cela, c'est pour souligner que notre gouvernement investit dans les soins de santé, investit dans les hôpitaux, et investit ainsi aussi dans le personnel soignant.

Mijnheer Van Lysebettens, daarmee ligt dat budget inderdaad vast. Daarom is het zo belangrijk dat we die beslissing hebben genomen. Voor de vroedvrouwen betekent dat inderdaad dat hun honoraria zullen kunnen worden gerevalueerd. Dat is beslist.

03.10 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt opnieuw zeer uitgebreid geantwoord. De conclusie is echter, zoals ook de collega's hebben opgemerkt, dat dit budget vastligt. Met andere woorden, de indexering en de groeivoet zijn gevrijwaard. Men zal dus elders middelen en mogelijkheden moeten vinden.

U zei in uw antwoorden eigenlijk exact wat wij ook opmerken, namelijk dat u zich heel sterk richt op de zorgverleners. Zij moeten het grootste deel van de besparingen leveren. U wijst erop dat dit ook in een Overlegcomité is beslist, maar u weet heel goed wie daar de touwtjes in handen heeft, namelijk de mutualiteiten, de vakbonden en de regering. In die zin vind ik sommige opmerkingen van collega's, die ondertussen al vertrokken zijn, enigszins grappig, want zij hebben dat daar natuurlijk mee goedgekeurd.

Mijnheer de minister, u zegt dat de toegankelijkheid van de zorg voor u een belangrijke bekommernis is. Bij huisartsen leidt dat echter tot een verminderde toegankelijkheid of tot overconsumptie wegens een te laag remgeld. U geeft aan dat noch de farmasector, noch de huisartsen concrete voorstellen hebben gedaan waarop u kon ingaan. Nochtans beschikken we over uitgewerkte nota's, zowel van de farmasector als van de artsenverenigingen, waarin zeer concreet wordt becijferd hoe zij tot een aantal besparingen kunnen komen. Die nota's tonen aan dat er besparingen mogelijk zijn binnen de specialismen, dat overconsumptie kan worden tegengegaan en dat de terugbetaling van bepaalde onderzoeken kan worden verminderd. Het gaat om een cijfermatig goed onderbouwd voorstel, maar u wilt daar eenvoudigweg niet naar kijken.

De conclusie voor ons is dan ook dat er eigenlijk geen echt project is. U past vooral de kaasschaafmethode toe, u gebruikt die eenzijdig, terwijl echte hervormingen uitblijven. U treft de

zorgverleners disproportioneel en het zijn zij die de zwaarste lasten moeten dragen.

03.11 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Les économies que vous faites peser sur la santé en 2026 sont indéniablement énormes, même si elles étaient à la fois attendues et annoncées. Vous les confirmez aujourd'hui. Ce que nous continuons à dénoncer est la part élevée portée par les patients et les hôpitaux.

Dans le débat sur les anti-acides et les statines, je dois dire que l'on a du mal à vous suivre. Vous dites qu'il faut réfléchir à la prescription, qu'il y a donc différentes lignes de conduite pour les médecins. Vous évoquez aussi la plus-value thérapeutique. Mais tout cela concerne en réalité les prescripteurs. Or, vous faites payer la facture aux patients en augmentant le prix des médicaments. Comment cette mesure responsabilise-t-elle de quelconque manière les prescripteurs?

Pour les hôpitaux, vous dites que vous réglerez un problème de liquidités important. Vous savez très bien qu'il ne s'agit pas d'un investissement mais d'un rattrapage, comme vous le dites vous-même. Les hôpitaux ne feront que récupérer ce qui leur est dû.

Enfin, votre silence concernant mes questions sur la renégociation de la norme renforce aujourd'hui encore nos inquiétudes. Nous craignons que votre gouvernement fasse à l'avenir des efforts supplémentaires qui pèsent sur les épaules du secteur, des patients et des soignants.

03.12 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het valt mij op hoe u opgesloten zit in de N-VA- en de MR-logica, de regeringslogica. Er is een beperkter budget voor gezondheid en binnen dat budget neemt u een aantal beslissingen. Een aantal beslissingen kan ik volgen en op een aantal andere heb ik minder kritiek, maar finaal betekent het wel dat medicijnen en behandelingen duurder worden en dat mensen daar meer voor zullen moeten betalen. U probeert dat dan te verantwoorden door te zeggen dat een aantal medicijnen en behandelingen onterecht wordt voorgeschreven, dat er te veel worden voorgeschreven en dat dit een remmend effect heeft, maar de evidentie daarvan ontsnapt mij toch. Dat is mijn fundamentele kritiek op dit gegeven.

Daarnaast vroeg ik expliciet naar de herinvesteringen van de remgelden bij vroedvrouwen. U hebt daarop geantwoord, maar het meest veelzeggende was eigenlijk het betoog van de heer Bertels, die zei dat een deel van de opbrengsten van remgelden wordt geïnvesteerd. Ik moet daaruit toch afleiden dat er een scenario bestaat, waarbij die opbrengsten niet volledig terugvloeien.

03.13 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u zei voor een stuk dat het effectief quatsch is. Een groot deel van de inspanningen komt van het farmaceuticabudget. Dat werd gezegd, maar dat is natuurlijk niet de farma-industrie, want van dat budget komt maar 80 of 90 miljoen van de farma en al de rest komt van de patiënten. Met de verhoging van het remgeld, met de maagzuurremmers, de cholesterolverlagers en medicatie in het algemeen, komt men aan 100 miljoen.

Als we dan een voorbeeld geven van wat dat concreet voor de patiënten betekent, dan zegt u dat een stijging van 6 naar 15 euro toch niet zo'n catastrofe is, dat we daar dus geen drama van moeten maken, want dat er overconsumptie is en dat mensen dat slikken alsof het niets is en dat we daar iets aan moeten doen.

Wij hebben een studie uitgebracht die aantoonde dat de stijging van de uitgaven voor cholesterolmedicatie er niet is omdat meer mensen cholesterolpillen nemen, maar wel omdat er een nieuw medicijn op de markt is dat aan superhoge prijzen wordt verkocht en waarvoor u een geheim contract hebt gesloten. Dat is de reden voor de stijging van het budget voor cholesterolverlagers. U laat evenwel de patiënten daarvoor betalen. Daar zit de onrechtvaardigheid en die blijven we aanklaan.

Vandaag krijgen we steun van de MR, die enerzijds likkebaardend blijft kijken naar het remgeld voor de huisarts en naar nog verdere besparingen in de gezondheidszorg, waarvoor u de poort opent, maar anderzijds wat betreft de cholesterolverlagers akkoord gaat met ons en ook zegt dat er een probleem is.

U hebt altijd beloofd dat er geen prijsverschil zou zijn voor mensen in primaire preventie met comorbiditeit of in secundaire preventie. In het voorstel dat nu is goedgekeurd door het RIZIV, is dat echter van de baan. U zit dus met een probleem, denk ik.

03.14 Dominiek Snelpe (VB): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw uitgebreide antwoord.

Toch ben ik niet echt tevreden. U zegt dat u het jammer vindt dat het in het Verzekeringscomité niet goed is afgelopen. Eigenlijk haalt u echter uw slag thuis, want net omdat het daar niet goed afliep, kunt u nu met uw opdrachtenbrief op de proppen komen, die quasi volledig zal worden geïmplementeerd.

U verwees naar de website van het RIZIV. Ik ben daar uiteraard onmiddellijk gaan kijken. Daar staat: "Deze financiële inspanningen, overeenkomstig de grote lijnen gezet in de opdrachtenbrief van de regering..." "Grote lijnen", dat betekent dus dat er hier en daar misschien wat punten en komma's zijn verplaatst, maar voor de rest hebt u uw slag thuisgehaald. Uw opdrachtenbrief is legio.

Het overleg is dood, mijnheer de minister, maar dat wisten we natuurlijk al. Volgens u is er echter nog steeds overleg. Ik hoop dat met u, maar laten we eerst duidelijk afspreken wat u onder overleg verstaat. Begrijpt u onder overleg dat men maar heeft te nemen of te laten wat u voorstelt? Ja? Dan is er inderdaad nog overleg. In onze ogen is dat echter geen overleg, maar dictatuur. Dan verwondert het mij niet dat de zorgverstrekkers en de artsen in het bijzonder het schip verlaten. Uw hervormingen zullen ervoor zorgen dat nog meer zorgverstrekkers zullen deconventioneren. Dat zal uiteraard ten koste van de patiënt gaan. De patiënt wordt er dus niet beter van en de zorgverstrekker evenmin.

Als er zoveel reactie komt op uw opdrachtenbrief en uw hervormingswet, dan zou ik, als ik u was, ook eens in eigen boezem kijken. Misschien loopt er wel iets fout, misschien bent u inderdaad ergens het noorden kwijt. Ik kan mij niet van de indruk ontdoen dat de mensen op het terrein de meest geschikte personen zijn om duidelijk te maken waar en waarop kan worden bespaard. Uiteindelijk zal er inderdaad moeten worden bespaard. Daarmee ga ik akkoord. We kunnen echter ook heel wat efficiëntiewinsten boeken. Laten we vooral dat bekijken.

Uw opdrachtenbrief vormt een onderdeel van het voorontwerp van uw hervormingswet, dat in de media gekomen is, waardoor we het onbedoeld hebben kunnen zien. Ik me de vraag naar de legitimiteit van die brief. Als die een deel vormt van uw wettelijk kader, dat nu nog niet van kracht is, blijf ik bij mijn idee dat alles wat ik al over dit dossier gezien en gehoord heb, betekent dat u uw slag thuis haalt en dat de rest maar moet knikken.

Dat gebeurt ten koste van de patiënt, ten koste van onze zorgverleners en ten koste van onze gezondheidszorg.

03.15 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord.

Collega's, een aantal van jullie onderschat absoluut wat het belang is van een goedgekeurde gezondheidszorgbegroting voor 2026. Die geeft zekerheid aan de patiënten – daar doen we het vooral voor – en ook aan de zorgverstrekkers.

Alle akkoorden en conventiecommissies, dus alle actoren, kunnen nu met die goedgekeurde begroting voor 2026 aan de slag om een aantal uitvoeringen ervan te bedenken, bijvoorbeeld inzake de indexmassa. Ik ben blij dat we die bewaard hebben, mevrouw De Knop. Dat geldt ook voor de groeinorm. Ik ben daar blij om, vanuit de Vooruitfractie. Men kan daar nu mee aan de slag gaan om te bekijken hoe men de indexmassa toewijst. Dat heet overleg. Voor 1 januari zullen de actoren dat normaliter allemaal doen.

Mevrouw Snelpe, mevrouw De Knop, dat is overleggen en dat mogen ze nu doen. Ze mogen zelf beslissen over meer dan 700 miljoen euro. Belangrijk is dat we zekerheid gegeven hebben. Dat betekent inderdaad dat we het geld moeten inzetten waar het het doelmatigst is, waar het de grootste meerwaarde biedt inzake de gezondheidszorgdoelstellingen. Dat is dan ook onze vertrekbasis geweest. Dat is nodig om de solidariteit te behouden. Om de solidariteit te schragen, moeten we ervoor zorgen dat ons geld zo goed mogelijk gebruikt wordt en gericht wordt ingezet ten voordele van de gezondheidszorg.

Om het met een slagzin te zeggen, die al een paar keer gebruikt werd in dit Parlement: meer geld voor onze gezondheidszorg. Daarover zijn we het allemaal eens, vermoed ik. De heer Bacquelaine heeft daar ook naar verwezen. Laten we ook meer gezondheid bekomen door het extra geld dat we inzetten. Dat is de doelstelling en de uitdaging die we moeten aangaan. Daarvoor hebben we een kader gecreëerd waarmee de actoren nu aan de slag kunnen, in overleg met elkaar.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03.16 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, ik wil de minister nog snel een gelukkige verjaardag wensen voor hij vertrekt.

03.17 Minister Frank Vandenbroucke: Waarvoor dank.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 15.50 uur.

La réunion publique de commission est levée à 15 h 50.