

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 19 NOVEMBER 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 19 NOVEMBRE 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 07 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.07 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

01 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre les assuétudes" (56008471C)

01 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen verslaving" (56008471C)

01.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, la drogue et les réseaux criminels sont un problème aigu de sécurité et judiciaire dans notre pays et, plus globalement, partout en Europe. Les chiffres font froid dans le dos au regard des quantités saisies notamment dans le port d'Anvers, principale porte d'entrée en Europe des stupéfiants.

De cette problématique découle également un très important problème de santé publique, plongeant de nombreux Belges dans l'assuétude et laissant bien souvent impuissants leurs proches. C'est pour cela que mon groupe porte une proposition pour que soit urgemment établi un plan d'action en matière de drogue. Il faut en effet avoir une approche globale de ce problème de société et avoir une large réflexion autour d'une politique intégrée en matière de drogue et de lutte contre les assuétudes, renouvelée et fondée sur des bases scientifiques, comme le suggère l'étude du groupe interuniversitaire de recherche.

Le SPF Santé, dont vous avez la charge, a un rôle central à jouer. Sous le précédent gouvernement, un commissariat national drogue a été créé, et celui-ci est notamment composé de représentants des services d'appui de la Justice, de la police, des Finances et de la Santé publique. Il semblerait cependant que l'implication de votre SPF au sein de celui-ci soit en mode mineur.

Monsieur le ministre, comment expliquez-vous qu'à l'heure actuelle aucun représentant du SPF Santé publique n'ait, semble-t-il, été désigné auprès du commissariat?

Quelles initiatives prenez-vous ou allez-vous prendre avec les entités fédérées, le secteur des soins et la société civile afin de mettre en œuvre un véritable plan interfédéral de lutte contre les assuétudes et d'aide aux personnes touchées et à leurs proches?

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Dedonder, le SPF Santé publique assure la coordination permanente de la Cellule Générale de Politique Drogues (CGPD), organe stratégique réunissant les représentants politiques compétents en matière de drogues. Cette instance politique joue un rôle essentiel dans la garantie d'une approche globale, cohérente et intégrée de la politique en matière de drogues au sens large du terme.

Le commissariat national drogue y siège en tant que membre invité, ce qui lui permet de contribuer activement à l'élaboration de cette politique. Un accord de coopération a également été conclu entre la coordination permanente de la CGPD et le commissariat national drogue. Cet accord a pour objectif

l'affinement et l'amélioration de leur coopération, ainsi que la fixation de certaines modalités pratiques susceptibles de faciliter leur coordination. Depuis la création du commissariat national drogue, l'accent a été mis principalement sur la mise en place d'une collaboration entre les deux organes. Une collaboration avec le SPF Santé publique a déjà eu lieu. Dans les semaines à venir, le SPF lancera également un appel interne pour un représentant au sein du commissariat.

En décembre 2023, la Belgique a adopté sa première stratégie interfédérale 2024-2025 pour une politique globale et intégrée en matière de drogues tenant compte de la réalité du contexte institutionnel belge où les compétences des différentes composantes de la politique en matière de drogues sont réparties entre une multitude de ministres fédéraux, communautaires et régionaux. La stratégie couvre l'ensemble des dimensions liées à la gestion du phénomène des drogues. Elle englobe la prévention, la réduction des risques et des dommages associés à l'usage de substances psychoactives et au comportement à potentiel addictif, l'accompagnement et la prise en charge psychosociale, ainsi que les actions de lutte contre la criminalité et les nuisances liées aux drogues.

Le champ de cette stratégie interfédérale 2024-2025 en matière de drogues s'étend à tous les produits et à tous les comportements à potentiel addictif de nature à engendrer, de manière avérée ou potentielle, une dépendance et un effet nocif à partir d'un certain niveau d'exposition. Il est ici question des drogues illégales et NPS (*nouveaux produits de synthèse*), des drogues légales comme l'alcool et le tabac, les médicaments psychoactifs, d'autres substances à potentiel addictif comme les produits dopants, le gaz hilarant et les comportements susceptibles de créer une dépendance, en particulier l'utilisation des jeux d'argent et de hasard et l'utilisation des jeux vidéo. Cette stratégie sera applicable durant la période 2024-2025.

La réunion thématique drogues de la Conférence interministérielle Santé publique a mandaté la CGPD pour réitérer l'exercice stratégique en 2025. Ainsi, une actualisation de la stratégie pour la période 2026-2029 est attendue pour la fin de l'année 2025, tandis qu'un plan d'action est attendu pour fin 2026.

Un panel consultatif de la CGPD contribuera également à l'élaboration de la stratégie et du plan d'action. Il réunit treize membres issus de disciplines variées et de secteurs tels que la société civile, le milieu académique et les organismes spécialisés, incluant des experts du vécu. La participation du panel consultatif a pour objectif de bien adapter la politique en matière de drogues aux besoins et défis du terrain.

01.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse détaillée.

J'entends qu'un appel interne sera lancé. Nous avons bien fait de poser la question.

Pour le reste, vous me parlez de la fin de cette année comme première échéance, avant d'aborder la suite de la stratégie envisagée. Je vous remercie de vos réponses et je ne serai pas plus longue.

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

02 **Vraag van Dominiek Sneepe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitspraken van de Gentse rector over wetenschappelijk onderzoek naar bijwerkingen van vaccins" (56008486C)**

02 **Question de Dominiek Sneepe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les propos de la rectrice de l'U-Gent concernant la recherche sur les effets indésirables de vaccins" (56008486C)**

02.01 **Dominiek Sneepe (VB):** Mijnheer de minister, mijn vraag dateert al van het begin van het academiejaar, eind september dus, maar daarom is ze niet minder belangrijk. De rector van de Universiteit Gent verklaarde toen dat zogenaamde antivaxers niet welkom zijn op haar campus. Dat roept vragen op over hoe kritisch het onderzoek naar vaccins in ons land nog kan worden gevoerd.

Er bestaat intussen een brede consensus over het feit dat de covidvaccins misschien wel levens hebben gered, maar tegelijkertijd weten we dat het middelen betrof die via een versnelde procedure op de markt kwamen, met ingekorte klinische onderzoeken en beperkte of zelfs geen langetermijngegevens. Ondertussen zijn ook de nevenwerkingen ruimer gedocumenteerd. Sommige

daarvan blijken toch wel ernstig tot zeer ernstig te zijn. Precies daarom is het cruciaal dat er blijvend ruimte is voor onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek en een open debat, ook over risico's en neveneffecten. Dat moet mogelijk blijven.

Mijnheer de minister, kunt u toelichten hoe u garandeert dat in België de evaluatie van vaccins en de monitoring van nevenwerkingen volledig onafhankelijk en transparant verlopen? Welke rol ziet u daarbij voor universiteiten en onderzoeksinstituten? Hoe zorgt u ervoor dat kritische wetenschappers niet worden gestigmatiseerd, maar kunnen bijdragen aan de verdere wetenschappelijke onderbouwing van het vaccinatiebeleid?

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nieuwe vaccins worden in de Europese Unie goedgekeurd via een centrale procedure bij het Europees Geneesmiddelenbureau (EMA). We werken daaraan mee via het FAGG.

De beoordeling van een vaccin gebeurt door onafhankelijke wetenschappers. Ze analyseren gegevens over kwaliteit, veiligheid en doeltreffendheid. Alleen als de voordelen duidelijk opwegen tegen de risico's, wordt een vergunning voor het in de handel brengen toegekend.

Het EMA publiceert daarna een openbaar beoordelingsrapport met alle wetenschappelijke gegevens, maar ook na de goedkeuring blijven vaccins onder streng toezicht. Het FAGG en zijn Europese partners volgen voortdurend mogelijke nevenwerkingen op. Meldingen van zorgverleners of patiënten worden onderzocht en opgenomen in de Europese databank EudraVigilance. Daardoor kunnen mogelijke veiligheidssignalen snel worden opgespoord.

Indien nieuwe risico's worden vastgesteld, wordt de bijsluiter aangepast of, indien nodig, de vergunning beperkt of ingetrokken. Daarnaast dienen producenten periodieke veiligheidsrapporten in, met daarin alle nieuwe gegevens van de vergunninghouders, meldingen van bijwerkingen en wetenschappelijke literatuur voor de gedefinieerde periode. Die rapporten worden minstens halfjaarlijks geëvalueerd en bij noodsituaties zoals bij COVID-19 zelfs maandelijks.

De bevindingen zijn openbaar. De bijsluiters staan op de website van het FAGG en de veiligheidsrapporten op die van het EMA. Zowel het EMA als het FAGG waken erover dat experts geen belangrijke belangenconflicten hebben. Tot slot is het belangrijk om te onthouden dat beide instellingen erop toezien dat de evaluatoren die aan een dossier werken, geen financiële of andere belangen hebben die hun onpartijdigheid zouden kunnen beïnvloeden.

Ik kom tot uw tweede vraag. Belgische universiteiten en onderzoeksinstituten spelen een sleutelrol in vaccininnovatie en de klinische data-analyse. Hun onderzoekers brengen onafhankelijke expertise in de wetenschappelijke comités van het FAGG en dragen zo bij tot een grondige en brede evaluatie.

Voor uw derde vraag kan ik u melden dat het Belgische vaccinatiebeleid gebaseerd is op een multidisciplinaire, wetenschappelijke benadering, waarbij onafhankelijke onderzoekers actief bijdragen, onder andere aan de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Zolang ze gebruikmaken van een gefundeerde wetenschappelijke benadering, verrijkt hun bijdrage het debat en versterkt ze de legitimiteit van het overheidsbeleid. De transparantie van gegevens en procedures, zoals zojuist uiteengezet, stelt iedereen in staat om publieke beslissingen te analyseren en te verrijken. De openstelling van de commissies voor de beoordeling van de gegevens voor onafhankelijke deskundigen garandeert dat verschillende opinies in rekening worden gebracht.

02.03 **Dominiek Snel** (VB): Mijnheer de minister, mijn dank voor uw afgeramd antwoord. Ik kom tot de vaststelling dat er een serieuze kloof bestaat tussen de theoretische garantie van wetenschappelijke vrijheid en de manier waarop kritische stemmen in de praktijk worden behandeld.

Ik wil hier nogmaals verwijzen naar de voorbije covidperiode, waarin mensen die kritisch stonden tegenover het beleid of tegenover bepaalde wetenschappelijke inzichten, de mond werd gesnoerd en zelfs werden gebroodroefd. U zegt dat de universiteiten autonoom zijn. Het lijkt mij echter bijzonder problematisch dat een rector op voorhand stelt dat wetenschappers die kritisch staan tegenover het vaccinatiebeleid en ook andere onderwerpen en die ingaan tegen de mainstreamingen op haar campus niet welkom zijn. U zegt dat dit de onderzoeksvrijheid niet aantast, maar dat doet het wel. Daardoor zullen wetenschappers en onderzoekers zich geremd voelen en, rekening houdend met wat

men geleerd heeft uit de covidperiode, voorzichtiger zijn. Ook dat remt de wetenschap.

Verder stelt u dat de monitoring van nevenwerkingen transparant verloopt. U verwijst naar het FAGG en de website. Het Belgische meldingspercentage ligt echter zeer laag en ernstige bijwerkingen worden vaak ondergerapporteerd. In dat geval is het uiteraard cruciaal dat onafhankelijk universitair onderzoek gegarandeerd is en dat men niet, als men kritisch is over een zogenaamde wetenschappelijke consensus – wat eigenlijk al een paradox is – wordt weggezet als desinformatieverspreider of als antivaxer in een hoekje wordt geduwd. We moeten erover waken dat het vrije debat altijd mogelijk blijft in onze universiteiten.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kaderwet" (56008585C)

03 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi-cadre" (56008585C)

03.01 Irina De Knop (Open Vld): Goedemiddag, mijnheer de minister.

In de door ons laatst gekende versie van de kaderwet wordt bepaald dat de Koning uiterlijk op 1 januari 2028, op voorstel van de bevoegde akkoordencommissie – en bij ontstentenis hiervan op voorstel van de minister, in ministerraad overlegt – beslist over het plafonneren van de supplementen.

U hebt eerder gezegd dat u een voorstel verwacht van de akkoordencommissie tegen 31 januari 2027. Voor de ambulante sector verwacht u dat de akkoordencommissie zich baseert op objectieve gegevens en, in voorkomend geval, op de hervorming van de nomenclatuur. U hebt al meermaals benadrukt dat die elementen logisch samen horen.

Deze tekst zou de vorige versie vervangen, waarin supplementen werden beperkt tot 125 % voor prestaties in ziekenhuizen en tot 25 % bij ambulante zorgverstrekkers. Die wijziging is er gekomen na luid protest van de sector, die van mening is dat pas over een plafonnering van ereloonsupplementen kan worden gesproken wanneer de hervorming van zowel de nomenclatuur als de ziekenhuisfinanciering is gefinaliseerd. In een aantal besprekingen hebt u zich al bij die visie aangesloten.

De vrees bestaat uiteraard dat de twee hervormingen niet klaar zullen zijn tegen 31 januari 2027. De logische vraag is dan wat er verder zal gebeuren.

Kunt u garanderen dat de hervormingen tegen 1 januari zullen zijn afgerond, zodat de medicomut voldoende tijd zal hebben om met kennis van zaken een voorstel te formuleren met betrekking tot de plafonnering van de ziekteverzekering? Indien de hervormingen van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering niet zijn gefinaliseerd, zal de datum van 31 januari 2027 dan blijvend naar voren worden verschoven?

Voor de hervorming van de ziekenhuisfinanciering zou het Verzekeringscomité ook een actieplan opstellen, met een daaraan gehechte kalender. We vroegen ons af of dat actieplan met kalender al klaar is en of u daarover toelichting kunt geven.

Mijn vierde vraag betreft de mate waarin de ziekenhuishervorming die u voorziet een rol zal spelen bij de ziekenhuisfinanciering, en of die hervorming al duidelijk zal zijn op het moment waarop de akkoordencommissie haar voorstel moet voorleggen. Dat is logisch, aangezien er zoveel verbanden bestaan met het financiële luik.

Tot slot, en niet onbelangrijk, wanneer verwacht u de kaderwet in het Parlement te kunnen bespreken?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, ik wil eerst een detailopmerking maken. In de memorie van toelichting bij het ontwerp van de kaderwet staat dat een voorstel van de akkoordencommissies wordt ingewacht ten laatste op 31 juli 2027, niet 31 januari. Dat betekent dat er nog een half jaar extra tijd is voor het overleg.

Ten gronde wil ik inderdaad begin 2026 de besprekingen met de artsenorganisaties over de herijking van de nomenclatuur starten op basis van de voorbereidingen waaraan lang is gewerkt door wetenschappelijke equipes en heel veel artsen-specialisten, die geraadpleegd zijn in focusgroepen. De bedoeling is om op die manier via overleg een nieuwe nomenclatuur te creëren, met een onderscheid tussen een zuiver honorarium enerzijds en een kostendeel anderzijds.

Een rapport met alle elementen en de verdere planning wordt momenteel uitgewerkt door het RIZIV en de FOD Volksgezondheid, in samenwerking met de betrokken universitaire equipes. Het is mijn bedoeling dat dit begin 2026 beschikbaar is en dient als basis voor besprekingen met alle betrokkenen in de medicomut.

Wat uw laatste vraag betreft, zijn de ziekenhuishervorming en de hervorming van de ziekenhuisfinanciering met elkaar verbonden. Als we alleen de ziekenhuisfinanciering anders organiseren, zullen de fundamentele problemen niet worden opgelost, onder andere wat betreft het tekort aan personeel, om op alle bestaande ziekenhuislocaties 24 uur op 24 en 7 dagen op 7 permanentie te voorzien.

De interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft een groep van onafhankelijke experts belast met het opstellen van een rapport tegen het einde van dit jaar. Zodra dat rapport klaar is, kunnen de interministeriële conferentie en ook de Overeenkomstencommissie daarvan kennis nemen. Ik ga ervan uit dat we dan een heel belangrijke input zullen hebben voor het debat over de organisatie van het ziekenhuislandschap in de toekomst. Het is een zeer complex dossier waarvoor tijd nodig zal zijn, maar we moeten dit aanvangen.

03.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, uw antwoorden zijn erg summier. Ik hoop dat ik daaruit niet moet afleiden dat men nog niet ver staat.

Met betrekking tot expertengroep zei u dat die tegen het einde van het jaar klaar moet zijn. Doelt u dan op 2026 of op 2025?

03.04 Minister Frank Vandenbroucke: Het moet klaar zijn tegen het einde van dit jaar.

03.05 Irina De Knop (Open Vld): Het einde van 2025 komt snel dichterbij.

Ik denk dat u mijn laatste vraag niet hebt beantwoord. Hebt u al enig idee wanneer de kaderwet in het Parlement zal worden ingediend?

03.06 Minister Frank Vandenbroucke: De kaderwet is nu verstuurd naar de Gegevensbeschermingsautoriteit, omdat ook daarvan een advies nodig is. Ik durf niet vooruit te lopen op de benodigde termijn, al hoop ik dat de Gegevensbeschermingsautoriteit dat met bekwame spoed zal behandelen.

03.07 Irina De Knop (Open Vld): En wat met de Raad van State?

03.08 Minister Frank Vandenbroucke: Dat durf ik niet uit het hoofd te zeggen. Ik kan eventueel vragen dat mijn medewerker dat even opzoekt, dan kan ik u dat straks in de marge van een andere vraag meedelen.

03.09 Irina De Knop (Open Vld): Dat zou fijn zijn. Bedankt, mijnheer de minister.

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

04 Vraag van **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitrol van bijkomende zorgcentra na seksueel geweld" (56008650C)

04 Question de **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La création de centres de prise en charge des violences sexuelles supplémentaires" (56008650C)

04.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over een onderdeel van uw beleidsnota, namelijk de stand van zaken betreffende de zorgcentra na seksueel geweld. Als startdatum wordt 1 januari 2026 vermeld, daarom kom ik er even op terug.

Is er een voorbereidend traject met de sector opgestart?

Is de timing haalbaar?

Welke criteria hanteert u bij de selectie van de dertien ziekenhuizen?

Voorziet u rapportering?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, het RIZIV zal met dertien ziekenhuizen een overeenkomst sluiten voor een zorgcentrum na seksueel geweld. De voorziene startdatum is 1 januari van volgend jaar.

Het RIZIV heeft samen met de sector en het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen gewerkt aan een juridisch kader voor die overeenkomsten. Dat heeft geleid tot een koninklijk besluit van 21 september 2025, dat op 26 september werd gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad*.

In navolging daarvan is op 24 september een oproep tot kandidaatstelling gelanceerd via de website van het RIZIV. Ziekenhuizen hadden de mogelijkheid om tot en met 5 november hun kandidatuur in te dienen. Het RIZIV zal de dossiers evalueren conform de bepalingen van dat nieuw koninklijk besluit. Op basis daarvan zullen dertien centra geselecteerd worden door het Verzekeringscomité. Als ze geselecteerd zijn, kunnen ze een overeenkomst afsluiten met het Verzekeringscomité met ingang van 1 januari.

Artikel 3 van dat koninklijk besluit bepaalt dat alleen ziekenhuizen die voldoen aan de basisvoorwaarden zoals omschreven in dat besluit, in aanmerking komen voor een overeenkomst. Dat betekent dat men moet beschikken over gespecialiseerde spoedgevallenzorg en over diensten voor gynaecologie, urologie of gastro-enterologie, pediatrie, psychiatrie en geriatrie. Er moet tevens een sociale dienst zijn, evenals interculturele bemiddelaars en/of tolken op de campus waar het zorgcentrum wordt voorgesteld.

De selectiecriteria in artikel 5 van dat koninklijk besluit zijn als volgt geordend, in afnemende belangrijkheid. Ten eerste, de expertise en ervaring van het ziekenhuis en het voorgestelde team inzake coördinatie en dienstverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Ten tweede, de expertise en ervaring van de kandidaat in externe en interne multidisciplinaire samenwerkingsverbanden, in het bijzonder met politiediensten en gerechtelijke overheden. Ten derde, de voorgestelde planning, methodologie en visie voor de implementatie en werking van de zorgcentra. Ten vierde, de ligging, bereikbaarheid, toegankelijkheid en aanwezige diensten op de campus, evenals de infrastructuur.

Inzake rapportering bepaalt artikel 10 van het besluit dat het ziekenhuis jaarlijks een gedetailleerd activiteitenverslag aan het begeleidingscomité moet bezorgen. Het Verzekeringscomité kan het model van dat verslag vastleggen. Dat zal verder worden opgenomen in de overeenkomst. Het begeleidingscomité heeft de opdracht om ten behoeve van het Verzekeringscomité een jaarlijks verslag over de werking van de centra op te stellen.

04.03 **Katleen Bury** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik zal het koninklijk besluit verder raadplegen. De oproep werd gesloten op 5 november. Weet u hoeveel kandidaatstellingen zijn binnengekomen of hebt u daar geen zicht op?

04.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nee.

04.05 Katleen Bury (VB): U hebt ook de rapportering aangestipt, maar ik heb niet echt gehoord dat die ook naar het Parlement komt. Het zou nochtans zeer opportuun zijn, mocht dat gebeuren. Dank u wel.

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

05 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De samenstelling van de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen" (56008674C)

05 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La composition du Conseil fédéral des établissements hospitaliers" (56008674C)

05.01 Irina De Knop (Open Vld): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen had na 6 jaar al in maart 2025 opnieuw samengesteld moeten zijn.

Gelet op de hervormingen die de minister met betrekking tot de ziekenhuizen beoogt lijkt het belangrijk dat de Federale Raad opnieuw wordt samengesteld. Ik denk daarbij aan de nieuwe ziekenhuisfinanciering, het omvormen van kleine algemene ziekenhuizen naar dagziekenhuizen, enz.

Graag vernam ik van de minister:

Wanneer de kandidatuur voor nieuwe leden van de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen in het Belgisch Staatsblad zal verschijnen?

Tegen wanneer zal de minister een nieuwe Federale Raad installeren?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Tot op heden zijn de mandaten van de Federale Raad nog niet vernieuwd en dat op vraag van de ziekenhuiskoepels die gezien de breedte van de domeinen waarover advies dient te worden uitgebracht, een verhoging van het aantal mandaten voorstellen, zodat de expertise binnen de Federale Raad kan worden uitgebreid. Dat voorstel wordt momenteel bekeken met de andere leden.

Het principe van continuïteit van de werkzaamheden brengt echter geenszins de werking van de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen in gevaar, aangezien de officieel uitgebrachte adviezen volledig rechtsgeldig zijn.

05.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt in uw antwoord geen timing meegegeven. Tegen wanneer zal dat in orde zijn?

05.04 Minister Frank Vandenbroucke: Daarover durf ik mij niet uit te spreken.

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

06 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het beperken van de terugbetaling van besnijdenissen" (56008677C)

06 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La limitation du remboursement de la circoncision" (56008677C)

06.01 Irina De Knop (Open Vld): We vernamen dat het Verzekeringscomité beslist heeft dat niet-medische besnijdenissen niet langer worden terugbetaald. De nieuwe terugbetalingsregels maken de terugbetaling alleen mogelijk in het geval van drie strikt gedefinieerde medische indicaties. De regeling

zou ingaan op 1 januari 2026. Als gevolg daarvan mogen chirurgen die ingrepen niet meer via de klassieke nomenclatuur aanrekenen en zullen ze een factuur met btw moeten opstellen.

Wij hebben eerder al een wetsvoorstel ingediend met de bepaling dat patiënten de volledige kostprijs zelf moeten betalen, als de ingreep om niet-medische redenen gebeurt.

Het RIZIV heeft aangekondigd streng te zullen controleren op de naleving van de nieuwe regels. Vandaag blijkt opnieuw hoe belangrijk het is dat het RIZIV streng controleert.

Mijnheer de minister, men zou zich niet aan het advies van de wetenschappelijke vereniging van urologen hebben gehouden. We willen graag vernemen waaruit dat advies bestond en welke onderdelen van het advies men niet heeft aangehouden. Tevens willen we weten hoe het RIZIV zal controleren of de regels worden nageleefd, zeker in de licht van de actualiteit.

Zal de maatregel worden gecommuniceerd aan de doelgroepen waar een besnijdenis gebruikelijk is? Welke besparing verwacht u daarmee te realiseren?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het voorstel om de terugbetaling tot bepaalde medische indicaties te beperken, past binnen bredere beheersingsmaatregelen en vertrekt vanuit de vaststelling dat de tussenkomst vandaag niet altijd uitsluitend om medische redenen gebeurt, maar ook om religieuze of hygiënische motieven. Dat is geen doelmatig gebruik van de middelen van de gezondheidszorg.

Volgens artikelen 34 en 73*bis* van de wet dekt de ziekteverzekering geen verstrekkingen die met een esthetisch doel worden uitgevoerd. Daarnaast is het verboden om getuigschriften voor verstrekte hulp af te leveren voor verstrekkingen die noch curatief, noch preventief zijn.

Het initiële voorstel werd goedgekeurd door zowel de technische werkgroep als de medicomut.

De uitwerking gebeurde niet op basis van een specifiek advies van de wetenschappelijke vereniging van urologen. Al weten we ondertussen dat een dergelijk advies werd opgesteld, het is niet tijdig bij de technische werkgroep geraakt. Het initiële voorstel wordt dan ook opnieuw binnen de werkgroepen onderzocht, om na te gaan of de terugbetalingsvoorwaarden op basis van het advies van de urologen moeten worden bijgestuurd, zodat ze beter bij de medische noodzaak aansluiten.

De impact van de maatregel zal na de inwerkingtreding nauwgezet worden opgevolgd. Een jaar na de invoering zal een evaluatie uitgevoerd worden om na te gaan of het aantal ingrepen daalt zoals verwacht. Op basis van die evaluatie kan, indien nodig, worden beslist om de nomenclatuur opnieuw te herzien.

Wat de communicatie betreft, moeten patiënten voorafgaand aan de ingreep duidelijk door hun behandelende arts worden geïnformeerd over de mogelijke kosten die niet worden terugbetaald.

Er zijn momenteel geen specifieke communicatiecampagnes gepland voor doelgroepen waarin besnijdenis gebruikelijk is.

Door het uitsluiten van de niet-medische indicaties wordt een jaarlijkse besparing van naar schatting 2,22 miljoen euro op honoraria voor besnijdenissen verwacht.

06.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Heb ik goed gehoord dat het om 2,22 miljoen euro op jaarbasis gaat?

06.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, dat is een schatting.

06.05 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik weet dat het ongebruikelijk is, maar vergeef mij. Die regeling moet op 1 januari 2026 ingaan. Op welke manier? Zal dat in de programmawet worden opgenomen?

06.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is inderdaad de bedoeling, maar als we niet tijdig klaar zijn met het wetgevende werk, dan zal dat natuurlijk niet kunnen. Het advies is niet tijdig bij de Technische Raad gekomen, maar het is toch de moeite waard om dat te bekijken. Daardoor zullen we iets meer tijd

nodig hebben.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De grote ontevredenheid bij tandartsen" (56008708C)

07 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'important mécontentement parmi les dentistes" (56008708C)

07.01 Irina De Knop (Open Vld): Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend, al is de vraag zeer relevant. Ik hoop dat de minister voldoende tijd uittrekt voor een correct antwoord.

Een enquête onder tandartsen bracht grote onvrede aan het licht over het huidige beleid. De huidige nomenclatuur volstaat niet en de plafonnering van de honoraria staat de innovatie in de weg en belemmert de modernisering van de tandartspraktijken.

Daarnaast storen ze zich aan het statuut verhoogde tegemoetkoming. Ze vinden dat het statuut niet gericht is op patiënten die zich echt in een socio-economisch precaire situatie bevinden.

Graag vernam ik van de minister:

Wat is uw antwoord op hun bezorgdheden?

Is er budgettaire ruimte om de nomenclatuur voor tandartsen te herwaardenen of zal u enkel werken via maximumtarieven voor enkele prestaties?

Wat is uw reactie op het feit dat tandartsen -net zoals veel andere zorgverstrekkers- van mening zijn dat het statuut verhoogde tegemoetkoming niet langer uitsluitend gericht op mensen in een echt precaire situatie

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen werkt momenteel aan de ontwikkeling van een methodologie voor de hervorming van de nomenclatuur. Die hervorming heeft als belangrijkste doel de tarieven van tandheelkundige verstrekkingen te evalueren, de vertrekken objectief in kaart te brengen en correcte honoraria voor tandartsen vast te stellen, met daarbij aandacht voor een doelmatig gebruik van de nomenclatuur. Er is voorzien dat de methodologie tegen het einde van dit jaar aan het Verzekeringscomité zal worden gepresenteerd. De methodologie zal vervolgens in 2026 en 2027 worden uitgevoerd om te komen tot objectieve tarieven. Vervolgens moeten politieke en begrotingsbeslissingen bepalen hoe die geobjectiveerde tarieven geïmplementeerd kunnen worden.

In antwoord op uw tweede vraag kan ik u meedelen dat de begrotingsprocedure aan de gang is. Ik kan op dit moment nog geen uitspraken doen over de middelen die in 2026 en 2027 beschikbaar zullen zijn. De Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen heeft inderdaad de mogelijkheid om maximumtarieven vast te stellen voor sommige verstrekkingen die duidelijk ondergewaardeerd zijn. Daarover zal echter onderhandeld worden in het kader van het volgende nationaal akkoord.

Ik kom tot uw laatste vraag. Ik sluit mij niet aan bij de vaststelling dat het statuut voor de tegemoetkoming niet langer uitsluitend gericht zou zijn op mensen in een precaire situatie. Dat statuut is voorbehouden aan mensen met een beperkt inkomen. Er zijn twee manieren om er recht op te krijgen. Er is een automatisch recht voor mensen die al een inkomensonderzoek hebben gekregen door een andere overheidsinstantie, bijvoorbeeld het OCMW, in het kader van de IGO of een uitkering voor een persoon met een handicap. Daarnaast kan er een aanvraag zijn via een ziekenfonds op basis van een verklaring op eer, aangevuld met bewijsstukken en elektronische gegevens. Het ziekenfonds voert dan een inkomensonderzoek uit op het bruto belastbaar gezinsinkomen, inclusief roerende en onroerende inkomsten. Er is ook een jaarlijkse systematische controle via gegevensuitwisseling tussen het RIZIV, de FOD Financiën, de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid en de ziekenfondsen. Er wordt bovendien nagedacht over hoe het vermogensonderzoek eventueel kan worden uitgebreid en versterkt. Ik ben daar wel voor te vinden.

07.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, kunt u dat laatste element van uw antwoord verduidelijken? Hoe moet ik dat interpreteren?

07.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb al in de vivaldiregering gezegd dat, als iemand bijvoorbeeld meerdere onroerende bezittingen heeft, in de vorm van meerdere woningen, men dan eigenlijk automatisch de vraag zou moeten stellen of zo iemand wel een verhoogde tegemoetkoming moet krijgen. Ik geef daarmee maar een voorbeeld. Een en ander veronderstelt echter dat men het vermogen kent of dat men daarvoor aanwijzingen heeft. Meer wil ik daar nu niet over zeggen, want dat zijn dingen die we nog aan het bekijken zijn.

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

La **présidente:** Chers collègues, vu le nombre important de questions à l'ordre du jour, nous allons essayer de nous en tenir aux questions/réponses/répliques. N'hésitez pas à reposer des questions par la suite. Je vais tenter de faire respecter l'ordre de cette séance.

08 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De plannen op het vlak van het rookverbod op terrassen" (56008723C)

08 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les projets dans le cadre de l'interdiction de fumer en terrasse" (56008723C)

08.01 Irina De Knop (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, vooreerst reageer ik even op uw opmerking. Ik probeer natuurlijk een antwoord te krijgen op mijn vragen. Jammer genoeg lukt dat niet altijd onmiddellijk.

Ik kom tot mijn vraag. Naar verluidt zou er vanaf 2027 niet meer mogen worden gerookt op terrassen en in de nabijheid daarvan. Ook vapes en speciale rookruimtes zullen niet langer zijn toegestaan. Dat betekent dat uitbaters die beschikken over een rookkamer, die zullen moeten laten uitbreken en dus opnieuw kosten zullen moeten maken. Instellingen voor residentiële zorg, gevangenis, detentiecentra en gesloten opvangcentra zouden wel nog over een rookkamer mogen beschikken.

In het licht van het verbod rijst uiteraard de vraag wat de verantwoordelijkheid is van de uitbater van de horecazaak. Als hij asbakken verwijdert en verbodstekens aanbrengt, is hij dan nog verantwoordelijk wanneer iemand op zijn terras rookt en hij zelf geen actie onderneemt? Gelet op het toenemende geweld en de agressiviteit in onze maatschappij, lijkt het ons niet vanzelfsprekend dat uitbaters stevig ingaan op overtredingen door klanten. Wellicht zouden gemeenten bij een aantal evenementen ook een uitzondering op het rookverbod kunnen maken, omdat de controle en de handhaving op die momenten niet evident zijn. In onze gemeente bijvoorbeeld wordt komende zaterdag een jaarmarkt georganiseerd in een zeer uitgebreide zone.

Mijnheer de minister, vreest u niet dat het rookverbod op terrassen klanten ertoe zal aanzetten om op enige afstand van de horecazaak te roken, waardoor u met het verbod aan uw doel voorbijschiet? Kunt u concreet toelichten wat u bedoelt met de nabijheid van terrassen en hoe dat zal worden omschreven?

Als de uitbater onder andere asbakken verwijdert en signalisatie over het verbod afficheert, zal hij dan nog verantwoordelijk zijn wanneer iemand op het terras een sigaret opsteekt?

Klopt het dat bij tijdelijke evenementen zoals kermissen of festivals, het lokale bestuur de mogelijkheid zou krijgen om van dat verbod af te wijken? Moet een dergelijke afwijking dan worden gemotiveerd?

Blijkbaar zouden residentiële instellingen wel nog een rookkamer mogen hebben. Geldt dat ook voor voorzieningen voor de bijzondere jeugdzorg, aangezien we die niet in het lijstje hebben teruggevonden?

Wanneer zullen we het wetsontwerp in de Kamer kunnen bespreken?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Als men een rookverbod op terrassen invoert, zal wie per se

wil roken, omdat hij of zij jammer genoeg verslaafd is aan nicotine, zich moeten verplaatsen. Dat is onvermijdelijk en eigenlijk is dat goed, want we willen het roken denormaliseren. Dat moeten we dringend doen, zeker in het licht van de alsmaar groter wordende golf aan vapers. Het aantal vapers stijgt immers zeer sterk onder jongeren en kinderen.

Daarbij speelt ook de overweging dat we vooral jongeren en jongvolwassenen moeten aanspreken en die vinden we in grote getale op de horecaterrassen, waar ze verleid worden door het roken en het vaperen. Het zijn precies die horecaterrassen die we met ons verbod voor ogen hebben. Kortom, ik meen dat het verbod zijn doel helemaal niet voorbijschiet.

Natuurlijk moeten we rekening houden met de mogelijke overlast. Het is ook de verantwoordelijkheid van het lokaal bestuur om ter zake maatregelen te nemen.

We hebben gekozen voor nabijheid als concept in de wetgeving, omdat die term ook wel elders in de wetgeving staat. Ik begrijp zeer zeker dat u dat als een punt van discussie opwerpt. Nabijheid betekent eigenlijk een zone die rechtstreeks aansluit op het terras, de directe omgeving van het terras, maar buiten het terras.

De aansprakelijkheid van de uitbater wordt in ons voorstel bepaald door de feitelijke omstandigheden en vaststellingen ter plaatse. Een uitbater zal bijvoorbeeld aansprakelijk zijn bij afwezigheid van voldoende signalisatie, of bij het wel of niet oogluikend toestaan van roken; of nog bij de plaatsing van elementen die tot roken kunnen aanzetten, bijvoorbeeld het plaatsen van asbakken. Al die elementen kunnen er feitelijk toe leiden dat de uitbater aansprakelijk wordt gesteld.

We voorzien in ons voorstel in uitzonderingen voor tijdelijke evenementen die één of meer dagen duren. Ik denk dan aan een kerstmarkt, een kermis, een festival en een braderie. Er wordt in het wetsontwerp niet gezegd dat de vrijstelling gemotiveerd moet worden, maar ze kan niet voor een lange periode of op permanente basis verleend worden in ons voorstel.

Residentiële voorzieningen voor jeugdhulp zullen in ons voorstel nog mogen beschikken over een rookkamer, maar het is wel verboden tabaksproducten aan te bieden of te verkopen aan minderjarigen.

Rookkamers hoeven niet te worden afgebroken. Een ruimte die vandaag als rookkamer dient, kan perfect een andere invulling krijgen.

In 2023-2024 telde ons land 17,6 % rokers. Dat betekent dat 82,4 % van de Belgen niet rookt. Als er inkomstenverliezen te noteren zijn, beperkt zich dat dus tot dat segment. Ik vind het nogal onwaarschijnlijk dat die 17,6 % zich niet meer naar een horecazaak zou begeven.

Wat de signalisatie betreft, zal de administratie van de FOD, net als voor de openluchterreinen, signalisatiemateriaal ter beschikking stellen dat gratis kan worden gedownload. Wat de rookkamers betreft, kan worden herhaald dat het wetsontwerp voorziet in de afschaffing van de rookkamers, ofwel doordat die worden afgesloten, ofwel doordat ze op een andere manier buiten werking worden gesteld. Dat is de keuze van de uitbater.

Ik wil ook beklemtonen dat een rookverbod op terrassen substantieel bijdraagt aan de bescherming van de gezondheid van wie daar werkt. Wat de vrijwillige initiatieven betreft, zoals in Nederland en Frankrijk, zien we dat de meerderheid van de terrassen daar niet rookvrij wordt. In Nederland zijn er ongeveer 450 rookvrije terrassen. In Frankrijk een vijftigtal. De enige manier om zoiets aan te pakken, is een rookverbod. De ervaring in Zweden en Spanje leert dat enkel een volledig rookverbod duidelijkheid en afdwingbaarheid biedt voor zowel de burgers als de uitbaters en effectief leidt tot denormalisatie en bescherming tegen secundaire rook.

Het wetsontwerp ligt bij de Raad van State. We moeten het advies bestuderen en nagaan welke aanpassingen nodig zijn. Daarna volgt de klassieke procedure van de tweede lezing. Ik hoop daarmee natuurlijk relatief snel in het Parlement te zijn, maar ik durf u geen datum te geven.

08.03 Irina De Knop (Open Vld): Ik heb voorlopig geen verdere vragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De overbelasting van de dringende geneeskundige hulpverlening door oneigenlijk gebruik" (56008729C)

09 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'engorgement de l'aide médicale urgente pour cause de recours abusif" (56008729C)

09.01 Irina De Knop (Open Vld): De dringende geneeskundige hulpverlening, gecoördineerd via de noodcentrales, kampt met structurele overbelasting. Er zijn heel wat studies en signalen uit het werkveld die erop wijzen dat meer dan de helft van de interventies potentieel door andere vormen van hulpverlening hadden kunnen worden afgehandeld.

Dat ondermijnt de beschikbaarheid van de dringende geneeskundige hulpverlening voor de echt dringende situaties. Vele burgemeesters en mensen die actief zijn binnen de hulpverleningszones zullen het daarmee eens zijn. Een belangrijke oorzaak ligt blijkbaar in de federale verplichting om elke patiënt mee te nemen naar het ziekenhuis, tenzij die expliciet weigert, ongeacht de dringendheid. Ambulanciers mogen de ernst van de situatie niet zelfstandig beoordelen en beslissen of ze mensen al dan niet meenemen.

Daarnaast ontbreekt een adequaat en gereguleerd systeem voor niet-dringend liggend ziekenvervoer, wat blijkbaar leidt tot lange wachttijden, onvoorspelbare tarieven en een verhoogde druk op de dringende geneeskundige hulpverlening. Als ik me niet vergis, is dat eveneens materie van de gemeenschappen.

Ook het gebruik van dringende geneeskundige hulpverlening door huisartsen en instellingen om logistieke problemen op te vangen draagt bij tot het probleem. Om de dringende geneeskundige hulpverlening duurzaam te kunnen ontlasten, is een gecoördineerde aanpak nodig, met transparantie over het gebruik, aangepaste regelgeving en samenwerking met de gewesten.

Vandaar, mijnheer de minister, heb ik een aantal vragen.

Zijn de gegevens over het onnodig een beroep doen op dringende geneeskundige hulpverlening bekend bij de FOD Volksgezondheid? Zo niet, welke stappen zullen worden ondernomen om toegang te krijgen tot die data en daarover transparantie te bieden?

Bent u bereid de regelgeving rond verplichte ziekenhuisopnames te herzien en te onderzoeken of ambulanciers, na een bijkomende opleiding, bevoegd kunnen worden gemaakt om niet-dringende oproepen ter plaatse af te sluiten of door te verwijzen? In dat verband wil ik opmerken dat er af en toe mensen klaarstaan met hun valies, die zeggen dat ze moeten worden meegenomen omdat ze de volgende ochtend in het ziekenhuis moeten zijn.

Zult u overleg plegen met de gemeenschappen en gewesten om in overleg met de ziekenfondsen te komen tot een gestructureerde en permanent bereikbare centrale voor niet-dringend liggend ziekenvervoer, analoog aan de noodcentrales?

Gelet op het soms grote prijsverschil tussen dringende geneeskundige hulpverlening en niet-dringend liggend ziekenvervoer en het misbruik dat daaruit kan voortvloeien, zult u bij de gemeenschappen aandringen op een regeling waarbij een aanvaardbare forfaitaire prijs voor dat vervoer wordt gevraagd?

Hoe zult u het oneigenlijke gebruik van de dringende geneeskundige hulpverlening door huisartsen en instellingen aanpakken? Overweegt u bijvoorbeeld een boetesysteem om misbruik te voorkomen?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, de gegevens over onnodig gebruik zijn beschikbaar. Het afgelopen jaar werd bij 12,3 % van de interventies aangegeven dat er onnodig een beroep werd gedaan op dringende geneeskundige hulpverlening (DGH).

Het is belangrijk bij de interpretatie van die cijfers te weten dat het gaat om een subjectieve postinterventie-inschatting door de hulpverlener-ambulanciers. Daardoor ontstaan soms weinig

logische cijfers, zoals het feit dat bij het urgentieniveau reanimatie 17,6 % van de interventies als 'DGH onnodig' werd geregistreerd.

In antwoord op uw tweede vraag bestaat er geen verplichte ziekenhuisopname bij dringende geneeskundige hulpverlening. Verzorging ter plaatse zonder vervoer naar het ziekenhuis is perfect mogelijk. Bovendien kan ik meegeven dat de vroegere financiële stimulans, waarbij alleen een interventie kon worden gefactureerd als er transport was, in 2018 werd opgeheven.

Ik kom tot uw derde vraag. Binnen de interministeriële conferentie is een werkgroep belast met het onderwerp niet-dringend liggend ziekenvervoer. Mocht bij de deelstaten de wens bestaan om een centrale voor niet-dringend liggend ziekenvervoer op te richten, dan kan daarover een samenwerkingsakkoord worden gesloten. De federale overheid heeft echter geen bevoegdheid op dat vlak en kan derhalve geen initiatief nemen voor de oprichting van een dergelijke centrale.

In antwoord op uw laatste vraag is een boetesysteem, onder meer door de moeilijkheid om oneigenlijk gebruik te definiëren, moeilijk uit te werken en om die reden niet echt aan de orde.

We moeten wel inzetten op sensibilisering. Tijdens de overlegmomenten over de huisartsenwacht, de triage van de niet-planbare zorg en de samenwerking tussen het nummer 1733 en het noodnummer 112 wordt iedereen gemotiveerd om de middelen correct te gebruiken en wordt het juiste zorgtraject van de patiënt centraal gesteld.

Het laatste woord daarover is niet gezegd. Dokter Roel Van Giel, die deel uitmaakt van mijn beleidscel, werkt in het bijzonder aan de vraag hoe we het 1733-verhaal in de juiste plooi kunnen leggen. Daar blijft immers heel wat werk bestaan. Dat hangt inderdaad ook samen, mevrouw De Knop, met de vraag hoe patiënten er maximaal toe kunnen worden aangezet om de juiste toegangspoort in de gezondheidszorg te gebruiken.

09.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, ik ben voorzitter van een hulpverleningszone in onze regio. Men heeft mij niet toevallig gevraagd om te benadrukken dat dit een probleem is waarmee men zeer frequent wordt geconfronteerd. Het drukt op de capaciteit en jaagt de kosten de hoogte in, zowel voor de federale overheid als voor de lokale besturen.

U weet dat we zelf met een aanzienlijke versnippering van middelen kampen. We moeten heel veel inzetten in die grote regio. Ik heb in uw antwoord niet echt gehoord dat u daarvan dringend werk wilt maken, terwijl onze regio daar nochtans grote nood aan heeft.

We zullen hierover zeker verdere vragen stellen en verder nadenken over hoe we die problematiek kunnen aanpakken. De status quo is immers echt niet te verdedigen.

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

10 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Klimaatadaptatie in de gezondheidszorg" (56008761C)

10 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'adaptation au changement climatique dans les soins de santé" (56008761C)

10.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, vorige week hebben we het kort gehad over de klimaatadaptatie van de gezondheidszorg zelf. Nu wil ik meer inzoomen op een aantal acties op het terrein. De aanleiding daarvoor is de jaarlijkse balans die het Instituut voor Tropische Geneeskunde (ITG) opmaakt van tropische infecties bij terugkerende reizigers.

Daaruit blijkt dat malaria opnieuw bovenaan staat, maar ook dat het aantal gevallen van dengue en chikungunya merkbaar stijgt. In België is er nog geen lokale overdracht van die virussen vastgesteld, maar door de klimaatopwarming wordt vermoed dat dat slechts een kwestie van tijd is. Het ITG meldt dat de malariamug er ondertussen in geslaagd is om in minstens drie Belgische gemeenten te overwinteren.

De klimaatopwarming brengt niet alleen tropische ziekten met zich mee, maar ook andere gezondheidsrisico's, zoals hittesterte en natuurrampen. De Vesdervallei en de hittegolven van de voorbije zomers staan ons nog goed voor de geest. Daarom wil ik informeren naar een aantal concrete maatregelen van het NEHAP (Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid) en nagaan hoe het staat met de voortgang daarvan.

Volgens actiefiche 1 zouden vanaf 2025 geleidelijk concrete acties worden uitgevoerd, afhankelijk van de beschikbare middelen. Welke maatregelen inzake adaptatie zijn intussen genomen of gepland? Hoe zit het met de middelen in het licht van de lopende begrotingsbesprekingen? Zult u daarin meer investeren?

Actiefiche 3 voorziet in studies naar de oorzaken van de oversterfte tijdens de hittegolf van augustus 2020, alsook naar de effecten van hitte op de mentale gezondheid en op de werking van medicatie op het zenuwstelsel. Lopen die studies nog? Kunnen we binnenkort de resultaten daarvan verwachten? Zoniet, zult u die opstarten of op welke manier zult u *evidence* verzamelen?

Ten slotte, België beschikt nog niet over een duurzaam monitoringssysteem voor exotische steekmuggen. Zoals ik daarnet al opmerkte, slaagt de malariamug er ondertussen wel om in te overwinteren in België. De monitoring is nu ad hoc en passief en wordt beperkt door budgetten en aanbestedingsprocedures. Er wordt daarom gepleit voor het installeren van een permanent systeem, onder meer via Sciensano. Sciensano heeft het voorstel ook begroot.

Wat is de status daarvan? Zullen we dat systeem effectief opzetten? Zoniet, hoe zullen we omgaan met de schadelijke gevolgen van de introductie van exotische muggen en de impact daarvan op onze volksgezondheid?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De veerkracht van ons gezondheidssysteem is inderdaad een belangrijk thema. Het is ook een zeer breed beleidsthema. Binnen de NEHAP-werkgroep Resilient Healthcare Systems bekijken we welke focus binnen dat brede thema noodzakelijk is voor de interfederale acties, rekening houdend met de vele bestaande initiatieven waar de beleidsniveaus vandaag al afzonderlijk aan werken.

Tijdens de gemengde interministeriële conferentie Leefmilieu-Gezondheid van 22 september hebben we beslist om overstromingen prioritair te behandelen binnen de interfederale werkgroep en verder te onderzoeken welke andere thema's nog prioritair moeten worden behandeld.

Wat uw tweede vraag betreft, wordt zoals vermeld in NEHAP3 de oversterfte van 2020 momenteel onderzocht in een aparte studie, waarvan de resultaten later worden gecommuniceerd. Die studie wordt uitgevoerd door het departement Zorg. De twee andere thema's worden niet afzonderlijk bestudeerd, maar vallen onder de werking van de werkgroep zelf. Dat is ook zo opgenomen in NEHAP3.

Wat de mentale gezondheid betreft, zal de werkgroep de komende jaren de beschikbare Belgische gegevens over hitte-effecten analyseren. De inzichten die daaruit voortkomen, kunnen aanleiding geven tot bijkomende maatregelen tijdens de waarschuwingsfase – gecoördineerd door de gemeenschappen – of tijdens de alarmfase, die door de federale overheid wordt gecoördineerd, of tot adviezen van de Risk Assessment Group.

Inzake de impact van hitte op medicatie die het zenuwstelsel beïnvloedt, hebben de gemeenschappen al initiatieven ontwikkeld die worden ingezet tijdens de waarschuwingsfase van het ozon- en hitteplan. Die omvatten onder meer sensibiliseringscampagnes, richtlijnen en adviezen gericht op kwetsbare groepen, zoals ouderen, chronisch zieken en gebruikers van psychotrope medicatie. Huisartsen, apothekers en lokale besturen worden actief betrokken bij de uitvoering van die initiatieven. De NEHAP-werkgroep Ozon en Hitte fungeert daarbij als platform voor informatie-uitwisseling tussen de verschillende gemeenschappen.

Ik kom tot uw derde vraag. De NEHAP-werkgroep Exotische Muggen en Andere Vectoren zal inderdaad werken aan de totstandkoming van een samenwerkingsakkoord Monitoring van Exotische Steekmuggen. Zo'n akkoord is een langdurig traject. Daarom heeft de werkgroep intussen een protocolakkoord opgesteld. Dat is geldig tot 2029 en kan indien nodig worden verlengd.

10.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel voor uw antwoorden, minister, en voor de vooruitgang die ondertussen gemaakt is.

Twee elementen uit uw antwoord zijn mij nog onvoldoende duidelijk. Met betrekking tot mijn tweede vraag zei u dat de studie opgestart is en dat de resultaten later worden verwacht. 'Later' kan natuurlijk veel later zijn, maar ook volgend jaar of volgende week. Mocht u ons daarover nog enige extra info kunnen bezorgen, dan zou dat geapprecieerd worden.

Betekent het protocolakkoord tussen Sciensano en de werkgroep van het NEHAP dat de kwalitatieve monitoring gegarandeerd is tot 2029 of dat men in de marge van het protocolakkoord zal onderzoeken hoe men zo'n monitoringsysteem kan opzetten tegen 2029?

10.04 Minister Frank Vandenbroucke: (...)

10.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Enige feedback op dat vlak wordt ook geapprecieerd, mijnheer de minister.

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

La **présidente**: Les questions n^{os} 56008782C et 56008963C de M. Dufrane et Mme Ramlot sont reportées.

11 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le virus respiratoire syncytial (VRS)" (56008799C)

11 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het respiratoir syncytieel virus (RSV)" (56008799C)

11.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le Ministre, chaque année, le virus respiratoire syncytial (VRS) représente un défi majeur pour notre système de santé, en particulier pour les services pédiatriques. Très contagieux, il est la cause principale d'infections respiratoires chez les nourrissons et conduit encore des milliers d'enfants à l'hôpital.*

Selon Sciensano, la campagne menée autour de l'anticorps nirsévimab a déjà permis d'éviter environ 4 000 hospitalisations l'hiver dernier grâce à son remboursement. Depuis le 1^{er} octobre, il est de nouveau remboursé afin de favoriser son adoption par les parents avec l'objectif d'éviter 1 500 hospitalisations supplémentaires.

Néanmoins, malgré ces résultats encourageants, les risques d'épidémie demeurent bien présents au début de la saison hivernale. La surcharge potentielle des hôpitaux reste une crainte réelle, surtout dans un contexte de pression continue sur le personnel soignant. Dès lors, une communication claire et efficace auprès des parents et des professionnels de santé est cruciale pour maximiser la couverture préventive et renforcer la confiance dans ces mesures.

Mes questions, Monsieur le Ministre, sont:

Pouvez-vous indiquer quelles mesures sont prévues afin de limiter les risques d'épidémie de VRS et d'éviter la saturation des hôpitaux?

Comment Sciensano organise-t-il actuellement sa communication auprès du grand public et des professionnels de santé?

Estimez-vous que cette communication soit suffisamment efficace, et quelles pistes d'amélioration pourraient être envisagées pour renforcer son impact à l'avenir?

Combien coûtent annuellement les remboursements liés aux VRS par l'INAMI?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Dufrane, la mise en œuvre des campagnes de prévention, incluant la communication et l'administration des anticorps, relève des compétences des

entités fédérées. Le niveau fédéral assure l'accès financier au traitement par le remboursement. L'action du niveau fédéral est donc complémentaire et vise à soutenir les initiatives locales à l'aide d'outils financiers et scientifiques.

Le SPF Santé publique collabore avec Sciensano pour garantir une surveillance épidémiologique continue et diffuse les données aux entités compétentes afin d'informer les politiques de santé. Des outils comme le rapport du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) sur le coût-efficacité des différentes options de prévention du VRS permettent également d'éclairer les décisions stratégiques.

Les campagnes de communication actuelles sur le VRS s'articulent autour de deux mesures préventives importantes: l'anticorps monoclonal Beyfortus pour les jeunes enfants et le vaccin maternel Abrysvo pour les femmes enceintes. Ces campagnes sont diffusées par le biais des communiqués de presse, des pages web de Sciensano, des médecins généralistes, des maternités et des services pédiatriques.

En outre, le plan interfédéral hivernal contre les infections respiratoires fait partie d'une approche de communication plus large. Ce plan prévoit des instructions claires et des niveaux d'alerte diffusés via les canaux officiels, les réseaux sociaux et eHealthBox. Des experts sont mobilisés pour expliquer les mesures. Les données de surveillance montrent une diminution des infections à VRS chez les jeunes enfants, ce qui indique, je crois, un effet positif.

Sur la base des données docPH et Pharmanet 2024, la spécialité Beyfortus a été remboursée à hauteur de 12,4 millions d'euros en officines publiques et 40,3 millions à l'hôpital, pour un total de 52,7 millions d'euros.

11.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses et pour les chiffres bien précis que j'ai obtenus.

Les virus respiratoires ont toujours mauvaise presse, mais je suis heureux de voir que des mesures sont prises par l'INAMI et Sciensano autour de l'anticorps, afin de protéger les nouveau-nés et les nourrissons les plus fragiles.

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

12 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "World Meningitis Day" (56008857C)

12 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La Journée mondiale de la lutte contre la méningite" (56008857C)

12.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het evenement "België verenigd tegen meningitis: op weg naar 2030" vond op 2 oktober plaats. Enkele dagen later was ook het World Meningitis Day. De boodschap was duidelijk: België loopt achter op alle buurlanden. Op een van mijn eerdere vragen ter zake antwoordde u op 12 februari, zo'n 9 maanden geleden, dat u advies zou vragen in verband met het meningitis- en pneumokokkenvaccin en de opname ervan op de vaccinatiekalender zou onderzoeken.

Intussen noteren we nog slechtere cijfers. Sciensano meldt voor 2024 – cijfers worden met een jaar vertraging gerapporteerd – 2.120 invasieve pneumokokinfecties. Bovendien blijkt uit studies dat de meningitisvaccinatie vandaag afhankelijk is van het inkomen van de ouders. De WHO-doelstellingen zijn helder, maar België haalt die absoluut niet.

Wie op 2 oktober aanwezig was, zag wat dat beleidsmatig tekort eigenlijk betekent. Ouders getuigden hoe ze hun baby verloren en anderen hoe ze door de ziekte ledematen verloren. Hun leven is verwoest door een ziekte die voorkomen had kunnen worden. Als klap op de vuurpijl konden het publiek en de slachtoffers toezien hoe de meerderheidspartijen, die vooraan waren uitgenodigd, begonnen te bekechten over het beleidsniveau dat in de financiering moet voorzien.

Ik hoop dat u ditmaal een positief antwoord kunt geven op mijn vragen. Welke concrete stappen hebt u sinds februari effectief gezet? Waarom blijft België vasthouden aan PCV13, terwijl PCV20 een aantoonbaar hogere serotypedekking biedt? Wanneer wordt het MenB-vaccin opgenomen in de vaccinatiel kalender? Bent u bereid de WHO-doelstellingen 2030 formeel als beleidsanker te nemen, graag met een echt actieplan, met duidelijke mijlpalen, budgetten en verantwoordelijkheden?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op het ogenblik dat ik de vraag ontvang, had de Hoge Gezondheidsraad zijn advies over meningitis B nog niet herzien. Er zijn dus nog geen bijkomende stappen gezet. Onlangs werd wel een eerste pentavalent vaccin van Pfizer goedgekeurd. Pfizer heeft echter om commerciële redenen besloten om dat vaccin niet in de EU op de markt te brengen. Een ander pentavalent vaccin van GSK is in ontwikkeling, maar ook dat vaccin wordt nog niet in Europa verkocht.

Ik kom nu tot uw tweede vraag. De Hoge Gezondheidsraad heeft in april 2025 geadviseerd om het twintigvalente pneumokokkenvaccin PCV20 te gebruiken voor de vaccinatie van kinderen. De implementatie daarvan behoort tot de bevoegdheid van de gemeenschappen. Omdat PCV20 een extra dosis vereist, wordt momenteel de logistieke en financiële haalbaarheid onderzocht, onder meer via een kosten- en effectiviteitsanalyse door het KCE. In afwachting daarvan blijft PCV13 een uitstekend vaccin.

Bij kinderen jonger dan twee jaar zijn de cijfers voor invasieve pneumokokkeninfecties laag en stabiel gebleven, wat de uitstekende bescherming door PCV13 aantoont. De recente stijging in de IPD-cijfers betreft vooral oudere leeftijdsgroepen. Voor hen is PCV20 al aanbevolen, maar de vaccinatie-uptake blijft laag, onder meer door de beperkte terugbetaling. De Hoge Gezondheidsraad werkt momenteel aan een nieuw advies om de doelgroep voor vaccinatie uit te breiden. Op die basis kunnen eventueel ook de terugbetalingscriteria worden herzien.

Ten derde, de experts van de Hoge Gezondheidsraad raden het meningitis B-vaccin momenteel niet aan in routine. Daarom is het ook niet opgenomen in de vaccinatiel kalender. We horen hetzelfde geluid bij de WHO, die routinematige vaccinatie met dat vaccin evenmin aanraadt, evenals bij het KCE, dat het betreffende vaccin niet als kosteneffectief beschouwt.

Ik kom tot uw laatste vraag. De World Health Assembly, waarvan wij deel uitmaken, keurde de roadmap in 2020 goed. Volgens de vijf pijlers van het WHO-plan tegen meningitis zijn er zaken die we in België al heel goed doen, zoals een hoge vaccinatiegraad onder kinderen, universele screening van zwangere vrouwen voor streptococcus B, uitstekende surveillance en ook de nodige diagnose- en behandelingscapaciteiten. Daarnaast bestaan er enkele punten met ruimte voor verbetering, zoals het voorzien van een gratis vaccinatie voor adolescenten tegen meningitis ACWY, conform het advies van de Hoge Gezondheidsraad. We zouden ook het aantal kinderartsen en de vaccinatiegraad onder volwassenen voor pneumokokken moeten verhogen, dat laatste door bijvoorbeeld het gratis aanbod te versterken. Al die beleidslijnen behoren evenwel tot de bevoegdheid van de deelstaten.

12.03 **Katleen Bury** (VB): Op mijn eerste vraag antwoordt u dat de vaccins nog niet beschikbaar zijn. Er zijn genoeg buurlanden waar dat wel het geval is. Uw antwoord voldoet dus niet.

Wat mijn tweede vraag betreft, is de dekking met PCV20 wel veel beter. Dat hebben heel veel experts die dag onderstreept, maar u ontkent dat hier.

U zegt dat de financiële haalbaarheid wordt onderzocht en dat de cijfers niet stijgen. Dat klopt evenmin. Ik begrijp trouwens niet dat de financiële haalbaarheid van zoiets moet worden onderzocht. Voor RSV was het wel snel mogelijk om een vaccinatiecampagne op poten te zetten, maar in dezen niet.

Ik zal hierover vragen blijven stellen. Ik hoop dat het advies snel binnen is, zodat u zult zien dat het beleid moet worden aangepast en dat dat dan ook gebeurt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56008948C de Mme Samyn est transformée en question écrite.

13 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bevraging bij artsen-specialisten over het plafonneren van erelonen" (56008954C)

13 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'enquête menée auprès des médecins spécialistes au sujet du plafonnement des honoraires" (56008954C)

13.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt eerder de plannen aangekondigd om de erelonen van artsen te plafonneren – we hebben dat zojuist al even besproken bij een andere vraag – waarbij het officiële tarief beperkt zou worden tot maximaal 25 %. Bij eerdere vragen in de commissie voor Gezondheid hebben we al gewezen op de impact van een dergelijke maatregel op de continuïteit van de zorg, ook buiten het ziekenfonds.

Ondertussen hebben we vernomen dat er recent een bevraging is geweest van een onafhankelijke denktank, Vista Minds, onder bijna 150 Vlaamse arts-specialisten uit diverse disciplines. Daaruit blijkt dat de bezorgdheid in het veld erg groot is. De helft van de bevraagde artsen zegt hun praktijk te zullen moeten sluiten of dat te overwegen bij de invoering van een strikt loonplafond, terwijl 90 % van die artsen vreest dat ziekenhuizen de bijkomende instroom van patiënten moeilijk zullen kunnen opvangen. De wachttijd voor een eerste afspraak zou volgens hen ook kunnen oplopen van gemiddeld 11 weken tot 24 weken, indien privépraktijken zouden verdwijnen.

Artsen benadrukken bovendien dat hun inkomsten de voorbije jaren sterk onder druk staan door stijgende personeels- en werkingskosten, omdat ze meerdere mensen tewerkstellen, en dat financiële motieven alleen vaak niet de hoofdreden zijn om zelfstandig te werken. Hun drijfveren zijn vooral kwaliteit, flexibiliteit en patiëntentevredenheid.

Mijnheer de minister, hoe beoordeelt u zelf de resultaten van de bevraging waarin, toch wel opmerkelijk, een op de twee artsen stelt hun praktijk te moeten stopzetten bij een loonplafonnering van 25 % boven het officiële tarief?

Welke inschatting maakt u van de mogelijke impact op de toegankelijkheid van de zorg en de wachttijden voor patiënten in de ziekenhuizen indien zelfstandige praktijken effectief verdwijnen?

U gaf aan dat beroepsorganisaties van artsen en ziekenfondsen tot juli 2027 de tijd krijgen om zelf met voorstellen te komen. Welke criteria of objectieve parameters zult u opleggen om te vermijden dat de hervorming ook de zorgcapaciteit in gevaar brengt?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, om te beginnen vind ik elke individuele mening van een arts, huisarts, zorgverlener of burger heel belangrijk en luister ik daar goed naar. De z gezegde enquête van Vista Minds vind ik echter belachelijk. Het aantal artsen dat de enquête spontaan heeft ingevuld, 146, vertegenwoordigt 0,0027 % van het totale artsenkorps, op basis van de cijfers van de FOD. Die bevraging is dus helemaal niet representatief en heeft als enquête, laat staan als wetenschappelijk onderzoek, nul komma nul waarde. Wat daarin gezegd wordt, lijkt mij dan ook schromelijk overdreven.

Ik blijf dus stellen dat we de ereloonsupplementen moeten omkaderen. De artsorganisaties, maar ook de tandartsorganisaties en andere, hebben tijd gekregen tot midden 2027 om daarvoor een overlegd en fijnmazig voorstel voor te leggen. De regering zegt wel dat ze dat moeten doen aan de hand van objectieve gegevens en dat ze ervoor moeten zorgen dat we geen inflatie krijgen van de uitgaven en kosten in de gezondheidszorg, of het nu gaat om uitgaven en kosten ten laste van de ziekteverzekering, dan wel van aanvullende verzekeringen die uiteindelijk ook door patiënten moeten betaald worden.

Het is belangrijk om dat samen met de hervorming van de nomenclatuur te zien. Zowel bij de tandartsen als bij de artsen is dat aan de orde. Men moet een correcte nomenclatuur hebben als het gaat over supplementen, maar omgekeerd moet men op voorhand wel afgesproken hebben dat die nomenclatuur de spil is van het systeem en dat men met supplementen niet om het even wat kan doen.

Wat de zorgcapaciteit en de wachttijden betreft, werken huisartsen allemaal in ambulante praktijken. Veel huisartsen hebben personeel in dienst, wat ook geld kost. Meer dan 90 % van de huisartsen is

geconventioneerd en vraagt geen supplementen. Dat bewijst volgens mij toch dat een praktijkvoering, zelfs met onder andere personeelskosten, perfect kan zonder supplementen.

Het is echt nodig dat we het debat objectiveren. Ik heb nog altijd geen objectief argument gehoord waarom supplementen zo nodig zijn.

De ziekenhuiskoepels hebben mij nota's gestuurd, waarvan sommige interessant zijn. Daaruit blijkt dat er geen enkele statistische correlatie is tussen de hoogte van de afdrachtpercentages op basishonoraria en supplementen en de hoogte van de supplementen in ziekenhuizen enerzijds, en de financiële situatie van de ziekenhuizen of hun omzet anderzijds. Er is geen enkele correlatie.

Ik zal uitleggen wat ik daarmee bedoel. Beeld u in dat ik een statistiek zou geven over ziektes en geneesmiddelen, over een bepaalde ziekte en een bepaald geneesmiddel. Een aantal zieke mensen neemt dat geneesmiddel in, maar blijft toch ziek. Een aantal zieke mensen neemt dat geneesmiddel niet. Een aantal gezonde mensen neemt dat geneesmiddel, een aantal gezonde mensen neemt dat geneesmiddel niet. Wat zou u nu besluiten over dat geneesmiddel? De conclusie is dat veel mensen het innemen. Maar of het helpt tegen de ziekte, laat staan of het middel noodzakelijk is om de ziekte te bestrijden, daarover weten we niets.

Zo is het helaas ook met de supplementen en de financiële tekorten in ziekenhuizen. Er is geen enkele correlatie. Men overtuigt mij daarmee niet. Het is echt nodig om de ziekenhuisfinanciering te hervormen, zodat de basisfinanciering volstaat, zodat het niet langer nodig is om afdrachten aan de artsen te vragen. De artsen moeten correcte en zuivere honoraria krijgen. Supplementen moeten echter beperkt worden en dat is ook mijn vaste bedoeling.

13.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, het is duidelijk dat de visies diametraal tegenover elkaar staan, want sommigen beweren dat er wel een strikte correlatie is tussen de erelonen, de afdrachten en de financiële situatie van de ziekenhuizen. De rapporten van de ziekenhuizen heb ik natuurlijk niet kunnen inkijken, u wel, dus ik houd een slag om de arm.

Ik wil zeker niet beweren dat die studie onafhankelijk is of statistisch representatief kan worden genoemd, maar ze geeft wel een duidelijk signaal. Ik noteer dat u dat signaal naast zich neerlegt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56008980C de M. Bacquelaïne est transformée en question écrite.

14 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aandoening ME/CVS" (56009007C)

14 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'EM/SFC" (56009007C)

14.01 Irina De Knop (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

De aandoening myalgische encefalomyelitis/chronisch vermoeidheidssyndroom (ME/CVS) is een ernstige en complexe ziekte die gepaard gaat met aanhoudende vermoeidheid, concentratieproblemen, pijnklachten en postexertionele malaise – een sterke verergering van symptomen na beperkte fysieke of mentale inspanning.

Voor veel patiënten betekent dit een drastische beperking van hun levenskwaliteit. Velen verliezen hun werk en komen langdurig ziek thuis te zitten, vaak zonder duidelijk perspectief op herstel of adequate zorg. Tot op vandaag blijven zij geconfronteerd met een gebrek aan erkenning, onderzoek en gespecialiseerde begeleiding.

U kondigde eerder aan dat het nieuwe zorgtraject voor langdurige aandoeningen, opgezet naar aanleiding van de ervaringen met long covid, ook zou worden ingezet om meer expertise en gepaste ondersteuning uit te bouwen voor mensen met ME/CVS en vergelijkbare aandoeningen waarvan de oorzaken nog onvoldoende gekend zijn.

In dat kader heb ik volgende vragen:

Hoever staat de uitwerking van dit nieuwe zorgtraject?

Slaat het nieuwe systeem aan voor de mensen met ME/CVS?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Vertrekkende vanuit de huidige overeenkomst voor long covid onderzoeken we momenteel, samen met experts en zorgverleners, de toekomstige zorg na 2026 alsook hoe er een zorgpad kan worden ontwikkeld voor een bredere doelgroep van patiënten met gelijkaardige klachten. Die zoektocht naar een optimale behandeling is zo veel mogelijk op wetenschappelijk bewijs gebaseerd, maar houdt evengoed rekening met de levenskwaliteit van de patiënt en de bevordering van zijn sociale en professionele integratie.

Eind september heeft mijn administratie een consensusvergadering georganiseerd, met experts, artsen uit de eerste en de tweede lijn, artsen uit het klinische werkveld en het onderzoekswerkveld en paramedici uit verschillende disciplines, om een consensus te zoeken over de afbakening van de doelgroep. Met alle input zullen we daarna een ontwerpovereenkomst kunnen ontwikkelen en bespreken met experts, patiënten en andere stakeholders.

14.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

15 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van de CRP-test in het kader van de klinische beslisboom voor kinderen" (56009008C)**

15 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement du test CPR dans le cadre de l'arbre décisionnel clinique chez l'enfant" (56009008C)**

15.01 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, vanochtend heb ik het wetsvoorstel toegelicht dat de terugbetaling van *point-of-care tests* (POCT) mogelijk moet maken.

Belangrijk om te vermelden is dat zes Belgische universiteiten een beslishulp voor huisartsen hebben ontwikkeld voor het voorschrijven van antibiotica aan zieke kinderen met een oorontsteking of luchtweginfectie. Die basishulp bestaat uit een klinische beslisboom die helpt bepalen of er sprake is van een ernstige infectie bij kinderen. Met die klinische tekenen kan beter worden beoordeeld of antibiotica al dan niet nodig zijn. Daarbij kan ook een CRP-vingertest worden afgenomen, die binnen enkele minuten de ontstekingsparameter C-reactief proteïne meet. Ouders krijgen tevens raadgevingen mee over aandachtspunten waarop ze moeten letten en wanneer ze opnieuw contact moeten opnemen, om zo het voorschrijven van antibiotica te verminderen. Al die maatregelen zouden ertoe kunnen leiden dat het antibioticagebruik bij kinderen met een kwart daalt.

Mijnheer de minister, zult u hiermee aan de slag gaan en zal die beslisboom, die vertaald moet worden in richtlijnen, worden ingevoerd bij huisartsen? Zal de ziekteverzekering voorzien in de terugbetaling van een CRP-test? Hoe en wanneer zal dat in zijn werk gaan? Zult u huisartsen opleiden in het gebruik van de *point-of-care tests*? Wordt het resultaat van een CRP-test automatisch opgenomen in het medisch dossier van de patiënt?

Er bestaat ook onderzoek dat aantoont dat het gebruik van CRP bij volwassenen met acute hoest kan leiden tot een daling van het voorschrijven van antibiotica met 22 %. Zal er een beslisboom voor volwassenen met acute hoest worden opgesteld? Er zou een proefproject in dat verband aan de gang zijn, maar wellicht zult u daarop nader ingaan in uw antwoord.

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er is op dit ogenblik nog geen datum vastgelegd voor de invoering van die beslisboom. Het RIZIV kan de integratie daarvan bestuderen in het kader van de ontwikkeling van een ondersteuningstool voor voorschrijvers.

Op uw tweede vraag kan ik antwoorden dat een werkgroep POCT van de Technisch Geneeskundige Raad al verschillende keren is bijeengekomen om de invoering van een eerste POCT uit te werken op basis van een implementatierapport van de FOD Volksgezondheid. Er moeten nog een aantal belangrijke vragen rond dit onderwerp worden uitgeklaard, onder andere op juridisch, financieel en organisatorisch vlak. Het is op dit moment niet mogelijk om een tijdschema vast te leggen.

Wat uw derde vraag betreft, kan ik meedelen dat de opleiding van POCT-gebruikers een van de punten is die binnen de werkgroep worden besproken. Meer informatie is op dit moment niet beschikbaar.

Op uw vierde vraag kan ik antwoorden dat het resultaat van de CRP-test, de overdracht ervan alsook de automatische integratie in het patiëntendossier deel uitmaken van de implementatiestudie die werd uitgevoerd. Het is een van de punten die we op budgettair en logistiek vlak nog moeten bespreken.

Wat uw vijfde vraag betreft, kan ik bevestigen dat het onderhoud van POCT-apparaten uiteraard een prioriteit zal zijn voor de werkgroep om de nauwkeurigheid van de resultaten voor patiënt en arts te garanderen. De verantwoordelijken voor dat onderhoud en de praktische modaliteiten moeten nog worden vastgesteld.

Op uw laatste vraag kan ik meedelen dat het bovengenoemde implementatierapport van de FOD betrekking heeft op het gebruik van CRP-POCT bij acute hoest bij volwassenen. Dat rapport zal waarschijnlijk als basis dienen voor de uitwerking van de invoering van POCT.

15.03 Irina De Knop (Open Vld): Ik dank u voor uw antwoorden.

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

16 Samengevoegde vragen van

- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het sepsisplan" (56009116C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nationaal actieplan inzake sepsis" (56009366C)

16 Questions jointes de

- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan septicémie" (56009116C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan d'action national consacré à la septicémie" (56009366C)

La **présidente**: Mme Muylle n'est pas présente pour poser sa question.

16.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, sepsis is een levensbedreigende orgaandysfunctie die wordt veroorzaakt door een ontregelde immuunrespons op een infectie. Sepsis heeft een diepgaande impact op patiënten en hun families.

De World Health Organization, waarnaar u zojuist verwezen hebt, heeft sepsis als een mondiale gezondheidsprioriteit bestempeld. Ze riep de lidstaten dan ook op om nationale actieplannen te ontwikkelen.

Het is goed dat we een dergelijk plan hebben ontwikkeld, het Belgian Sepsis National Action Plan, of Be-SNAP zoals het onder experts bekendstaat. Het is een omvangrijk plan, dat wetenschappelijk onderbouwd werd door experts onder leiding van professor Erika Vlieghe. Het biedt een solide en noodzakelijke basis om de preventie, diagnose en behandeling van sepsis in België structureel te verbeteren. Dat is dus een positieve stap.

De volgende stap is natuurlijk dat we het plan ook goed moeten kunnen uitvoeren. Experts wijzen erop dat de implementatie complex is, aangezien de aanbevolen acties in dit omvangrijke plan, die uiteenlopen van preventie- en vaccinatiecampagnes tot opleidingen en aanpassingen in zorgtrajecten, verspreid zijn over verschillende bevoegdheidsniveaus, zowel federaal als regionaal. Om de uitrol van het plan te coördineren en ervoor te zorgen dat het plan geen dode letter blijft, werd in mei van dit jaar besloten om een nationale coördinator aan te stellen.

In dat kader heb ik de volgende vragen voor u, mijnheer de minister.

Ten eerste, wat is de stand van zaken omtrent de aanstelling van de nationale coördinator voor het sepsisplan? We hebben de vacature zien verschijnen.

Ten tweede, welk concreet tijdpad voorziet u voor de uitrol van het Be-SNAP? Hoe zult u de samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten garanderen?

Ten derde, hoe zult u ervoor zorgen dat het nationale sepsisplan de nodige prioriteit en zichtbaarheid krijgt, zodat de aanbevelingen van de experts slagkrachtig worden omgezet in de praktijk en we zo de impact van sepsis in ons land significant kunnen terugdringen?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het aanstellen van een sepsiscoördinator is een belangrijke stap om de aanbevelingen van het expertenrapport Be-SNAP om te zetten in beleid. De vacature voor de functie werd recentelijk verspreid via de ziekenhuizen. Door voor de taak van sepsiscoördinator een ziekenhuismedewerker vrij te stellen, die we financieren met het budget financiële middelen, versterken we de link tussen het sepsisplan, het beleid, en het terrein, en wordt de bestaande terreinkennis gevaloriseerd.

De sepsiscoördinator zal een sleutelrol vervullen in de implementatie van het sepsisplan. Het takenpakket zal bestaan uit, ten eerste, het vertalen van de aanbevelingen van het Be-SNAP naar concrete beleidsinitiatieven; ten tweede, het coördineren van de uitvoering van het plan, inclusief de opvolging van acties, de organisatie van overlegmomenten en de rapportering; ten derde, het versterken van de samenwerking tussen de federale en de regionale gezondheidsinstanties, ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en patiëntenorganisaties om het beleid inzake sepsis te stroomlijnen en af te stemmen met andere beleidsprioriteiten, in het bijzonder het nationaal actieplan tegen AMR One Health (antimicrobiële resistentie) en het beleid inzake kwaliteit en patiëntveiligheid.

Een belangrijk deel van de aanbevelingen valt trouwens onder de bevoegdheden van de deelstaten, waarbij een goede afstemming essentieel is. Dat onderwerp werd al meerdere keren besproken binnen de Risk Management Group, waarin de deelstaten eveneens vertegenwoordigd zijn.

Ten vierde en ten laatste bevat het takenpakket de verdere uitrol van sensibiliseringsinitiatieven over sepsis. In de afgelopen maanden werd vanuit de FOD al een eerste beperkte sensibiliseringsactie opgezet, gericht op ziekenhuisdirecties, huisartsen, en spoeddiensten. Die actie vond plaats in aanloop naar de Wereldsepsisdag van 13 september, en had als doel het belang van vroegtijdige herkenning en snelle behandeling van sepsis onder de aandacht te brengen.

Ziedaar de stand van zaken.

16.03 **Jan Bertels** (Vooruit): Dank u wel, mijnheer de minister.

Ik denk dat u terecht beklemtoont dat de coördinator een sleutelrol te vervullen heeft op de verschillende terreinen die u aanhaalde, onder meer de kwaliteit van de zorg en het AMR-programma, samen met Be-SNAP.

Ik ben verheugd dat de FOD Volksgezondheid al gestart is met een sensibiliseringscampagne en niet gewacht heeft op de aanstelling van de coördinator.

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

17 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De overheveling van de medische dienstverlening in de gevangenis naar Volksgezondheid" (56009119C)**

17 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le transfert des soins de santé en milieu carcéral vers le SPF Santé publique" (56009119C)**

17.01 Katleen Bury (VB): Een deel van de uitzichtloze problematiek van de overbevolking in de gevangenissen is dat er meer dan 1.000 geïnterneerden verblijven. Het gaat om kwetsbare mensen die psychiatrische zorg nodig hebben. Al lange tijd wordt er gepleit om de gezondheidszorg in de gevangenissen weg te halen bij de minister van Justitie en over te brengen naar de minister van Volksgezondheid. De minister van Justitie stelt dat de zorg in de gevangenissen een volwaardige en volledige bevoegdheid van de minister van Volksgezondheid moet zijn. De minister van Justitie heeft in de media ook verklaard dat daartoe al stappen werden ondernomen.

Wat is uw standpunt? Heeft er al overleg met de minister van Justitie plaatsgevonden? Zijn er al initiatieven genomen? Zo ja, graag een overzicht.

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik kan u verzekeren dat de federale regering zich ten volle bewust is van de crisis die ons gevangeniswezen doormaakt. Binnen de context van de overbevolking en een drastisch personeelstekort staat iedereen zwaar onder druk. Die toestand bemoeilijkt ook aanzienlijk de zorgverlening in onze Belgische gevangenissen.

Verschillende zorgverleners luiden de alarmbel, wat ons tot dringende actie noopt. Het louter overhevelen van bevoegdheden van Justitie naar Volksgezondheid mag geen doel op zich zijn. We moeten streven naar een verbetering van de kwaliteit van de penitentiaire gezondheidszorg. Om die redenen heb ik strikte voorwaarden geformuleerd. Er moeten onder meer voldoende goed uitgeruste en veilige consultatieruimtes worden voorzien. Het patiëntendossier binnen Justitie moet eHealth-compatibel zijn en een vlotte overbrenging naar een ziekenhuis moet gegarandeerd kunnen worden.

Ik vraag uiteraard aan de minister van Justitie om daar samen werk van te maken. Vervolgens zullen we starten met één of twee pilootprojecten. Mijn medewerkers binnen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV werken samen met mijn beleidscel het concept en het project uit, inclusief de randvoorwaarden, de governance, de budgetimplicaties en de timing. Ook de overdracht van geneesmiddelen wordt bestudeerd.

Op het niveau van de administraties is er sinds 2022 een constructieve structurele samenwerking gegroeid met het oog op de uitrol van een aantal pilootprojecten, met bijzondere aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg voor gedetineerden.

Naast de initiatieven rond drugs en detentie verwijs ik ook graag naar de extra middelen voor het inzetten van een eerstelijns psychologische functie en het uitbreiden van het aanbod van interculturele bemiddeling in detentie. Daarnaast werd studiewerk uitgevoerd door een wetenschappelijk team, samengesteld uit vier universiteiten, en zijn er vormingen ontwikkeld voor het zorgpersoneel in de gevangenissen over stigma en kwetsbaarheid, communicatie en motiverende gespreksvoering, en drugs.

Tot slot wordt een haalbaarheidsstudie uitgevoerd voor het gebruik van de BelRAI Detention Screening Tool in vijf pilootgevangenissen. De resultaten van dat studiewerk zullen verder worden meegenomen met het oog op een meer geïntegreerde aanpak van de penitentiaire gezondheidszorg.

Als we de zorg voor personen in detentie willen versterken en gelijkwaardig willen maken aan die in de vrije samenleving, dan is samenwerking over de bevoegdheidsniveaus heel noodzakelijk. Binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid is daartoe een traject opgestart met alle bevoegde ministers, gericht op betere informatie-uitwisseling, beleidsafstemming en continuïteit van zorg. Dat overleg moet worden voortgezet, met evenwichtige inspanningen van alle partijen. De interkabinettenwerkgroep Forensische Zorg werkt aan een gecoördineerde interfederale aanpak, onder meer via een interfederaal plan.

17.03 Katleen Bury (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik volg dat dossier verder op.

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

18 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Buitenlandse (tand)artsen" (56009210C)

18 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les médecins et dentistes étrangers" (56009210C)

18.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de toegang tot het beroep van arts of tandarts in België is strikt gereguleerd, met duidelijke toelatingsvoorwaarden en een contingentering. Voor buitenlandse afgestudeerden of afgestudeerden met een buitenlands diploma gelden andere regels. EU-diploma's worden automatisch erkend, terwijl niet-EU diploma's eerst via NARIC en de beroepsraden moeten worden gevalideerd.

In de praktijk blijkt dat die regeling risico's inhoudt voor de kwaliteit en continuïteit van de zorg. Communicatieproblemen door onvoldoende taalkennis en twijfel over de kwaliteit van sommige buitenlandse opleidingen maken personeelsplanning en patiëntenzorg complexer.

Ik heb daarover dan ook de volgende vragen. Kunt u toelichten hoe de erkenning van dergelijke diploma's momenteel wordt gecontroleerd en welke mechanismen er bestaan om te garanderen dat de opleidingen voldoen aan de vereiste kwaliteitsnormen? Hoe verloopt de samenwerking met de deelstaten? Welke controle wordt nog uitgevoerd door de federale overheid na de erkenning door de deelstaten?

Wordt elke derdelander met een EU-diploma op dezelfde manier behandeld als een EU-burger met een EU-diploma wat betreft het onderzoek naar de geschiktheid voor de uitoefening van het beroep van arts of tandarts, of wordt ook gecontroleerd of het gaat om een persoon die gebruikmaakt van het vrij verkeer? Welke instantie is verantwoordelijk voor de nationaliteitscontrole in het kader van het al dan niet behoren van de aanvrager tot de EER en Zwitserland?

Bent u zich bewust van het fenomeen waarbij derdelanders via verkorte opleidingen in andere EU-landen, bijvoorbeeld Portugal of Spanje, een diploma verkrijgen en vervolgens in België worden ingezet via detachering? Zijn u daarvan gevallen bekend?

Hoe tracht u te voorkomen dat personen zonder een correcte erkenning in België als arts of tandarts aan de slag gaan?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, de erkenning van Europese beroepskwalificaties behoort tot de bevoegdheden van de gemeenschappen. Voor artsen en tandartsen geldt inderdaad dat de beroepskwalificaties automatisch erkend worden op basis van de Europese richtlijn betreffende de erkenning van de beroepskwalificaties, voor zover ze voldoen aan de minimum opleidingseisen.

De gemeenschappen kunnen in geval van gegronde twijfel de bevoegde autoriteiten van een andere lidstaat bevragen over de echtheid van de aangeleverde documenten en de conformiteit van de kwalificatie aan de richtlijn.

Niet-Europese diploma's moeten door NARIC-Vlaanderen of door de overeenkomstige diensten bevoegd voor gelijkwaardigheden van de Franse of Duitstalige Gemeenschap gelijkwaardig verklaard worden aan een specifieke Belgische graad of diploma. De authenticiteits- en erkenningscontrole gebeurt eveneens op het niveau van de gemeenschappen.

Na de erkenning door de gemeenschappen vraagt de federale overheid aan iedere buitenlandse beoefenaar die een visum wenst te verkrijgen een bewijs van goed professioneel gedrag, een bewijs van goed gedrag en zeden en een bewijs van voldoende taalkennis volgens de geldende wetgeving. Aanvragers die die drie bewijzen niet kunnen voorleggen, krijgen geen visum toegekend en kunnen het beroep niet uitoefenen zolang ze de formaliteiten niet vervullen. Voor niet-Europese beoefenaars wordt bovendien voor ieder dossier advies gevraagd aan de federale adviesraad voor het betreffende beroep.

Wat uw tweede vraag betreft, worden derdelanders met een EU-diploma wettelijk gelijkgesteld met Europese burgers die een EU-diploma hebben en worden ze aan dezelfde controles onderworpen. De nationaliteitscontrole gebeurt door de instantie die de aanvraag ontvangt. Indien op basis van nationaliteit en oorsprong van het diploma wordt vastgesteld dat de aanvraag tot de bevoegdheid van

een andere instantie behoort, wordt de aanvrager doorverwezen.

In antwoord op uw derde vraag ben ik momenteel niet op de hoogte van eventuele problemen op dat vlak. In ieder geval zijn de gemeenschappen het best geplaatst om dergelijke zaken op te sporen, aangezien ze instaan voor de erkenning van de diploma's.

Ik kom tot uw vierde vraag. Zoals vermeld, worden de verschillende controles uitgevoerd alvorens een tandarts – zoals elke andere beoefenaar – in België erkend kan worden en zijn beroep kan uitoefenen. Op het niveau van de gemeenschappen bestaan verschillende mechanismen om de authenticiteit en de minimale opleidingseisen te controleren. Op federaal niveau wordt nagegaan of de beoefenaar in het land van oorsprong gemachtigd is om het beroep uit te oefenen en of hij geen voorafgaande sancties of veroordelingen heeft opgelopen. Op elk moment van de procedure bestaat de mogelijkheid om in te grijpen en hetzij de erkenning, hetzij het visum te weigeren.

18.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Ik zal uw antwoord nog eens nalezen, omdat het mij nog niet helemaal duidelijk is of een burger van een Europese lidstaat met een Europees diploma op dezelfde wijze behandeld wordt als een burger van een derde land met een Europees diploma. Indien dat zo is, is dat volgens mij een fout. Dat zou niet mogen, aangezien een niet-EU-burger niet in aanmerking komt voor het principe van het vrij verkeer.

Ik zal nog eens goed nalezen hoe u het precies geformuleerd hebt, en anders kom ik erop terug.

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

19 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De spoeddienst op afspraak" (56009259C)

19 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le service d'urgence sur rendez-vous" (56009259C)

19.01 Frieda Gijbels (N-VA): De spoeddiensten in ons land kampen al een hele tijd met toenemende druk, mede door het tekort aan huisartsen en de stijgende instroom van patiënten met niet-levensbedreigende problemen. Ongeveer 30 % van de patiënten die zich bij spoedgevallen aanmelden, blijkt in feite zorg nodig te hebben die niet zo urgent is. In dat kader startte het ZAS Middelheim in Antwerpen recent een uniek proefproject. Patiënten met laagcomplex medische problemen, zoals verstuikingen, kneuzingen of wonden, kunnen er voortaan op afspraak terecht bij de spoeddienst. Met het project wil men de wachttijden verkorten en de druk op de urgente zorg verlichten.

Dat leek mij een interessant project, mijnheer de minister. Ik heb er dan ook enkele vragen over.

Hoe beoordeelt u dat proefproject, waarbij een deel van de spoedzorg op afspraak wordt georganiseerd? Ziet u dat als een waardevolle aanvulling binnen het huidige spoedzorgmodel? Wordt het proefproject door uw administratie of door het Federaal Kenniscentrum opgevolgd of geëvalueerd? Zo ja, volgens welke criteria gebeurt dat?

Hoe staat u tegenover de *urgent care centers*, zoals die in Angelsaksische landen ook al bestaan, om de druk op de spoeddienst te verminderen?

Indien het project in het ZAS Middelheim succesvol blijkt, ziet u dan mogelijkheden om dat model op een grotere schaal te ondersteunen of te integreren in de nationale spoedzorgplanning?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het project Spoed op Afspraak biedt snelle en gerichte zorg aan patiënten met klachten die niet levensbedreigend zijn, maar waarvoor medische hulp binnen een redelijke termijn nodig is.

De eerste resultaten lijken bemoedigend. De wachttijden zijn aanzienlijk verminderd, de patiëntentevredenheid is hoog en de medische teams kunnen zich beter concentreren op ernstige gevallen.

Als de resultaten bevestigd worden, zou dat een interessante mogelijkheid zijn om de druk op de

traditionele spoeddiensten te verminderen, zonder de kwaliteit van de zorg in gevaar te brengen. Het past ook binnen onze bredere ambitie om de onvoorziene zorg te hervormen door de eerstelijnszorg te versterken en de triage van patiënten te verbeteren.

Er is een goede afstemming met de huisartsgeneeskunde nodig om onbedoelde verschuiving van zorg van de eerstelijnszorg naar de tweedelijnszorg te voorkomen. In de hervorming van de wachtposten willen we dat er verplichte samenwerkingsafspraken komen tussen de wachtposten en de spoeddiensten. Dat wordt momenteel uitgewerkt met vertegenwoordigers van zowel huisartsen als urgentieartsen.

Ik wil wel benadrukken dat het nog steeds om een proefproject gaat, dat beperkt is in tijd en ruimte. Voordat een landelijke uitrol wordt overwogen, zal een grondige evaluatie worden uitgevoerd, in samenwerking met zorgverleners, ziekenfondsen en de bevoegde regionale autoriteiten. We moeten eerst de impact op het hele zorgsysteem meten, inclusief huisartsen, wachtdiensten en kwetsbare patiënten.

19.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben blij dat u dat opvolgt. Ik kijk uit naar de resultaten.

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

20 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre la malbouffe en termes de santé publique" (56009312C)

20 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen ongezonde voeding in het kader van de volksgezondheid" (56009312C)

20.01 François De Smet (DéFI): À partir du 1er janvier 2026, la publicité pour des produits malsains, "la malbouffe", sera interdite auprès des enfants de moins de 16 ans. Ces règles, édictées par le secteur lui-même (la Fédération de l'industrie alimentaire belge (Fevia), la fédération du commerce Comeos, l'Union belge des annonceurs (UBA) et le Conseil de la publicité) sous le code "Belgian Food Advertising Code" s'appliqueront également aux médias sociaux et à la proximité des écoles primaires et secondaires.

Cette interdiction autorégulée est dénoncée par certaines ONG dont plus particulièrement FIAN qui estiment qu'elle ne va pas assez loin.

L'ONG demande notamment aux régions et communes de réglementer l'emplacement des panneaux publicitaires pour ces produits, citant les exemples de Londres et Grenoble, qui ont adopté des mesures en ce sens. Les associations souhaitent également que les Communautés interdisent la publicité pour ces aliments dans les médias audiovisuels publics, via des contrats de gestion avec la RTBF et ses services publics affiliés.

Vous vous êtes également exprimé en ce sens, monsieur le ministre, considérant que cette autorégulation n'était pas en mesure de résoudre tous les problèmes.

En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir s'il confirme cette prise de position?

Dans l'affirmative, entendez-vous prendre une initiative de type avertissement sanitaire par voie d'arrêté royal afin de dépasser cette autorégulation? Ou plutôt évaluer les effets de cette autorégulation avant toute réglementation?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Avant de nous positionner sur les mesures fixées dans le nouveau code de la publicité de Fevia, Comeos et UBA, il est important d'évaluer l'impact qu'elles auront ou n'auront pas sur nos environnements alimentaires.

En clair, est-ce que l'exposition à des publicités pour les aliments identifiés par le code, comme les sodas produits à base de chocolat, confiseries et glaces, va diminuer à partir de janvier 2026? Ne verra-

t-on pas plus de publicités pour ces aliments autour des écoles à moins de 150 mètres, etc.? Si nous ne constatons pas d'évolution positive notable dans les années à venir, que ce soit au niveau de la publicité sur les réseaux sociaux, dans les espaces urbains et à la télévision, il va sans dire que nous devons tirer nos conclusions de cette autorégulation et discuter de la manière dont nous pouvons améliorer l'environnement alimentaire à un autre niveau.

Nous étudions actuellement les possibilités visant à augmenter la transparence nutritionnelle au niveau de la publicité alimentaire pour les consommateurs.

20.03 François De Smet (DéFI): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 Questions jointes de

- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le droit à l'oubli pour les personnes atteintes de sclérose en plaques" (56009327C)

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le champ d'application du droit à l'oubli" (56009470C)

- Rajae Maouane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'inclusion de la sclérose en plaques dans la loi relative au droit à l'oubli" (56009595C)

21 Samengevoegde vragen van

- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het recht om vergeten te worden voor MS-patiënten" (56009327C)

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het toepassingsgebied van het recht om vergeten te worden" (56009470C)

- Rajae Maouane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het opnemen van mul-ti-ple sclérose in de wet betreffende het recht om vergeten te worden" (56009595C)

21.01 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, les personnes ayant un risque de santé aggravé peuvent rencontrer des difficultés pour souscrire une assurance solde restant dû ou une assurance d'incapacité de travail. Le droit à l'oubli consacré par la loi du 4 avril 2019 vise à obliger l'assureur à "oublier" ce problème de santé totalement ou dans une certaine mesure, afin de rendre l'accès à l'assurance plus aisé.

À cet égard, cette loi n'inclut pas à ce stade les personnes atteintes de sclérose en plaques. Or, il est patent que cette extension fournirait un accès équitable à des produits financiers tels que les assurances emprunteurs, qui sont souvent refusées ou majorées de manière significative en raison de leur diagnostic, et ce, de manière indistincte et discriminatoire. Il me revient sur ce plan qu'un dossier allant dans le sens de cette extension demeure pendant, au niveau du KCE, depuis des années, ce qui prive des milliers de personnes d'une inclusion sociale et économique pleine et entière. Il en résulte un sentiment d'injustice légitime dans le chef de tous ces patients souffrant de cette terrible maladie.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous faire savoir si vous avez entendu requérir du KCE l'avancement de ce dossier, et si, en tout état de cause, vous entendez prendre d'autres initiatives afin que les personnes atteintes de sclérose en plaques puissent bénéficier d'un traitement administratif plus équitable?

21.02 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, collega De Smet zorgde zonet al voor de inleiding van de vragen. We zien dat er inmiddels ook precedenten zijn inzake het recht om vergeten te worden. Behalve oncologische pathologieën gaat het ook om een aantal chronische aandoeningen zoals hiv en mucoviscidose. Daarvoor is er een soort van wettelijk plafond, zonder dat de risico-inschatting volledig wordt uitgeschakeld.

Mijnheer de minister, wat zijn uw bevindingen over de vraag van mensen die multiple sclerose hebben? Werd ter zake al nagedacht over een mogelijke verruiming?

Is het volgens u zinvol om daarover een analyse of impactstudie door het KCE te laten uitvoeren?

21.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer De Smet, mevrouw Bury, ik zal een gezamenlijk antwoord geven op de verschillende vragen.

De terechte bekommernissen van personen met multiple sclerose en van de verenigingen die hen vertegenwoordigen tonen de nood aan een zorgvuldige beoordeling van een mogelijke uitbreiding van het recht om vergeten te worden op medisch en verzekeringstechnisch vlak.

Actuellement, le KCE prépare une étude sur le droit à l'oubli dans le cancer de la thyroïde. Il est prévu qu'après cette étude, les études sur les deux premiers thèmes prioritaires (le mélanome de type 1 et le VIH) soient lancées, en fonction du temps nécessaire à chaque étude.

La sclérose en plaques est actuellement classée huitième dans le programme de travail du KCE dans le domaine du droit à l'oubli. Ce classement a été établi sur la base de critères de sélection bien définis, tels que la pertinence, la magnitude du problème de santé et la faisabilité.

Zoals bepaald in de wet van 4 april 2019 en de wet van 30 oktober 2022, streeft het KCE ernaar om voorstellen te formuleren die gebaseerd zijn op de beschikbare wetenschappelijke gegevens en die objectief en redelijk gerechtvaardigd zijn vanuit medisch en verzekeringstechnisch oogpunt.

Om dergelijke wetenschappelijke studies te kunnen uitvoeren, moet echter de nodige tijd worden uitgetrokken om de juiste methodologie te bepalen, gegevens te verzamelen, literatuur te raadplegen en indien nodig externe of internationale samenwerking op te zetten, bijvoorbeeld in het kader van het ontbreken van Belgische registers, enzovoort.

Het is duidelijk dat het KCE binnen de grenzen van de personeelsmiddelen waarover het voor die opdracht beschikt, ernaar streeft om de studies zo snel mogelijk uit te voeren, zodat de resultaten zo snel mogelijk beschikbaar zijn.

Par ailleurs, une étude a été inscrite au programme annuel du KCE, afin de proposer une approche pour les maladies chroniques pour lesquelles il semble difficile d'appliquer correctement le droit à l'oubli existant comme défini dans la loi. Cette loi dispose qu'il est déterminé dans une grille de référence après quel délai et suivant quelles modalités l'entreprise d'assurance ne peut, d'une part, imputer une surprime, ni prévoir une exclusion ou refuser de conclure le contrat en raison de cette affection et peut, d'autre part, imputer une surprime en raison de cette affection. La loi détermine également le niveau auquel cette surprime est justifiée au regard de la technique médicale et assurancielle.

De ethische en economische aspecten van het recht om vergeten te worden voor chronisch zieken zullen eveneens onderzocht worden teneinde de mogelijke beleidskeuzes inzake solidariteit binnen de verzekeringssector te verduidelijken. Rekening houdend met de planning van de andere KCE-studies is de start van dat onderzoek nu gepland voor begin 2026.

21.04 **François De Smet** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'espère que les malades de la sclérose en plaques pourront rapidement compter sur le début de cette étude, même si je comprends tout à fait les critères qui sont appliqués.

21.05 **Katleen Bury** (VB): Perfect. We kijken uit naar 2026. Dank u wel.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 **Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge de patients souffrant de drépanocytose" (56009329C)**

22 **Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van personen met sikkelcelziekte" (56009329C)**

22.01 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, la drépanocytose est une maladie dont on ne parle pas souvent, alors que plus de 50 000 personnes en sont atteintes dans notre pays. Elle est toujours perçue comme une maladie honteuse mais je crois que c'est la maladie génétique la plus courante dans notre pays.

La Fédération Wallonie-Bruxelles a systématisé en 2023 le dépistage de la drépanocytose à tous les nouveau-nés grâce au test de Guthrie, ce qui constitue un grand progrès – même si cela ne relève pas de vos compétences.

Bien qu'il s'agisse de la première maladie génétique en Belgique, la drépanocytose demeure largement méconnue de nombreux professionnels de la santé, ce qui a des conséquences lourdes sur la prise en charge des patients qui se heurtent trop souvent à des diagnostics tardifs, des traitements inadaptés et un manque de considération de leur souffrance.

En juin 2024, l'hôpital Erasme a inauguré une unité d'hospitalisation dédiée exclusivement aux adolescents et aux adultes atteints de drépanocytose, qui demeure à ma connaissance le seul centre de référence en Belgique.

Le 22 décembre 2023, le Sénat a adopté une résolution pour que le gouvernement fédéral mène des politiques cohérentes et intégrées en vue de mettre en place des mesures visant à contrer les difficultés de prise en charge, de faciliter l'accès aux soins et aux compensations sociales pour les drépanocytaires, de réfléchir avec les mutualités à la façon d'automatiser l'octroi d'avantages tels que le tiers payant et de développer également des centres médicaux.

Monsieur le ministre, des mesures d'amélioration de la prise en charge financière de certains traitements de la drépanocytose sont-elles envisagées par l'INAMI ou par vous-même en dépit du contexte budgétaire difficile que nous connaissons? La Conférence interministérielle Santé publique entend-elle par ailleurs mettre prochainement ce dossier à son agenda en vue d'une collaboration plus étroite?

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre: La firme pharmaceutique Vertex a introduit en 2024 une demande de remboursement pour la spécialité Casgevy destinée aux enfants atteints de drépanocytose auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM).

Ce dossier s'est malheureusement soldé par une décision négative suite à l'absence d'accord dans le cadre de la négociation qui s'est déroulée en vue de la conclusion d'une convention.

La firme a récemment participé à une réunion de pré-soumission au sein du bureau de la CRM, au cours de laquelle elle s'est montrée disposée à soumettre une deuxième demande de remboursement pour la spécialité Casgevy.

Nous ignorons à ce jour si une deuxième procédure de remboursement permettra d'obtenir une admission au remboursement de cette spécialité en Belgique.

En dehors de la spécialité Casgevy, l'arrivée d'aucune autre spécialité n'est actuellement prévue dans le cadre du traitement de la drépanocytose. Selon les informations dont je dispose, la thérapie génique est encore à un stade de développement précoce et nécessite encore du temps avant d'être une option thérapeutique dans cette pathologie.

S'agissant de votre deuxième question, étant donné que le remboursement des médicaments relève de la compétence fédérale, ce dossier n'a pas encore été examiné par la Conférence interministérielle Santé publique.

22.03 François De Smet (DéFI): Je remercie le ministre pour sa réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56009362C de Mme Muylle est reportée. Les questions jointes n° 56009363C de Mme Muylle et n° 56010499C de M. Piedboeuf sont reportées. La question

n° 56009386C de M. Van Lommel est transformée en question écrite. M. Dufrane n'étant plus là, ses questions n° 56009402C et n° 56009405C sont transformées en questions écrites. La question n° 56009417C de Mme Depoorter est transformée en question écrite. La question n° 56009594C de Mme Maouane est transformée en question écrite. La question n° 56009600C de M. Gatelier est reportée. La question n° 56009698C de Mme De Knop est transformée en question écrite. La question n° 56009713C de Mme Depoorter est transformée en question écrite. Les questions jointes n° 56009714C de Mme Depoorter et n° 56010574C de Mme Van Hoof sont transformées en questions écrites.

23 Samengevoegde vragen van

- **Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De studie over de ziekenhuisnetwerken" (56009727C)**
- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56009746C)**

23 Questions jointes de

- **Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'étude relative aux réseaux hospitaliers" (56009727C)**
- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56009746C)**

23.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, sinds 2019 zijn onze ziekenhuizen verplicht locoregionale klinische ziekenhuisnetwerken te vormen om de zorgkwaliteit en de efficiëntie te verbeteren. Er werd vorig jaar een studie uitgevoerd door de Universiteit Gent die een evaluatie heeft gemaakt van die netwerken. De resultaten zijn gemengd. Het informeel overleg is verbeterd, maar de impact op diepgaande klinische samenwerking blijft beperkt, onder meer door een blijvend autonomiestreven van de ziekenhuizen en logge governance.

De interministeriële conferentie Volksgezondheid heeft recent, mede op uw vraag, een expertengroep opgericht voor de nakende ziekenhuishervorming. In die hervorming wordt in een latere fase mogelijk ook een evaluatie van de ziekenhuisnetwerken opgenomen, met het oog op een betere samenwerking tussen de ziekenhuizen.

Mijnheer de minister, hoe evalueert u in het licht van het rapport van de Universiteit Gent vandaag de effectiviteit en de toekomstbestendigheid van de locoregionale ziekenhuisnetwerken?

Hoe verhoudt het mandaat van de nieuw opgerichte expertenwerkgroep zich tot het bestaande wettelijke kader van de locoregionale ziekenhuisnetwerken? Zijn er aanbevelingen van de expertengroep op komst die kunnen leiden tot aanpassingen of zelfs alternatieven voor het huidige netwerkmodel, dat niet overal geografisch geslaagd is?

De evaluatie door de expertengroep is in principe voorzien in een mogelijke tweede fase. Hebt u een timing waarbinnen zij een rapport kunnen afleveren over die evaluatie?

23.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijn vragen gingen inderdaad in dezelfde richting, dus ik kan het kort houden. Ik krijg ook graag een stand van zaken van die expertengroep.

23.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer Bertels, mevrouw Gijbels, binnen de interministeriële conferentie Volksgezondheid is afgesproken dat een onafhankelijke groep experts een voorstel uitwerkt voor de hervorming van het ziekenhuislandschap. Normaal gesproken krijgen we dat voorstel voor het einde van dit jaar en het thema van de ziekenhuisnetwerken is daar onlosmakelijk mee verbonden. In die zin komt uw vraag dus net wat te vroeg. Ik wil niet graag een voorafname doen op dat rapport.

Het is evenwel geen geheim dat heel wat stemmen in de sector aangeven dat de huidige locoregionale ziekenhuisnetwerken hun doel niet hebben bereikt. De studie van UGent geeft ons daarover een scherpe analyse, al moet ook gezegd worden dat sommige netwerken toch tot mooie samenwerking hebben geleid en dat het ziekenhuis hen heeft doen nadenken over hun toekomstige rol in het landschap.

Het is voor mij belangrijk dat in de hervorming het kind niet met het badwater wordt weggegooid. Ik bedoel daarmee het volgende: het is niet omdat het wettelijk instrument niet voldoet dat ook de beoogde

doelstellingen moeten worden vergeten. Er is nog altijd een grote nood aan rationalisatie van het aanbod en een gestructureerde samenwerking tussen ziekenhuizen, met als doel een zo hoog mogelijke kwaliteit van zorg op een zo efficiënt mogelijke manier te kunnen blijven garanderen, ten behoeve van de bevolking.

Onnodig te herhalen dat er een tekort aan zorgpersoneel is, waardoor het moeilijk is om in voldoende zorgpersoneel te voorzien om dag en nacht een correcte bestaffing te hebben in elke ziekenhuisdienst, op elke site die vandaag bestaat.

De fragmentatie van ziekenhuisdiensten werkt bovendien ook de fragmentatie van expertise in de hand. Samenwerkingen en synergieën moeten leiden tot efficiëntiewinsten.

Ik kijk dus uit naar dat verslag van de expertengroep. De complexiteit van het ziekenhuis en de ziekenhuishervorming is dat alles aan alles hangt. De ziekenhuisfinanciering hervormen zonder het landschap aan te pakken, heeft eigenlijk op termijn geen zin. De ziekenhuisfinanciering moet juist de prikkels geven om tot een gewenst landschap te komen. We moeten echter ook nadenken over wat het gewenste landschap is.

Ik heb vandaag nog geen exacte tijdslijn, want de maatregelen zelf zijn eigenlijk nog niet besproken. Ik kan u wel meedelen dat de hervormingen van de financiering en het landschap eigenlijk parallel zouden moeten lopen. Het is mijn ambitie om de hervorming uit te rollen tegen het einde van de legislatuur. Een landschap veranderen, vraagt natuurlijk heel veel tijd, maar als de deelstaten het beleid inzake infrastructuursubsidies tijdig willen kunnen bijsturen in het licht van een nieuwe visie op het landschap, dan moet men ook niet te lang wachten om die visie scherp te stellen.

23.04 Jan Bertels (Vooruit): Dank u wel, mijnheer de minister. U hebt twee belangrijke zaken genoemd. Een eerste is dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en het ziekenhuislandschap samen sporen. Dat vind ik ook. U hebt daar terecht de hervorming van de infrastructuurfinanciering, die op het niveau van de deelgebieden gebeurt, aan toegevoegd. Die spoort daar ook mee samen. Die zaken moeten op elkaar afgestemd worden. Ik hoop dat de expertenwerkgroep van de IMC, wat een interfederaal orgaan is, daarover goede voorstellen kan doen.

Het tweede punt is dat u hebt gezegd dat studie dan wel aantoonde dat het niet overal even goed gewerkt heeft of werkt, maar dat er ook voorbeelden zijn waar het wel werkt. U wilt het kind niet met het badwater weggooien. Ik kom zelf uit een regio waar het ziekenhuisnetwerk Kempen op een aantal terreinen goed functioneert. Het zorgt er bijvoorbeeld voor dat er veel meer samenwerking is tussen de specialisten van de verschillende ziekenhuizen. Dat is goed, want het zorgt ervoor dat dokters naar de patiënten toegaan. Dokters reizen heen en weer tussen ziekenhuizen in plaats van patiënten. Dat is een goede zaak die blijvend gestimuleerd moet worden.

23.05 Frieda Gijbels (N-VA): Het algemene aanvoelen, maar zeker ook het aanvoelen in de sector, is dat meer samenwerking nodig en wenselijk is. Men ziet dat aan verschillende initiatieven die ontstaan, met samenwerkingen tussen artsengroepen van verschillende ziekenhuizen, wat vaak heel mooie initiatieven zijn.

De ziekenhuizen zelf hebben echter echt wel nood aan duidelijkheid, aan een richting en aan duidelijke doelstellingen waarrond ze zich kunnen organiseren. Velen kijken uit naar het verslag van de expertengroep als startpunt voor de hervorming of het nieuwe landschap. Omdat alles met alles samenhangt, is die onzekerheid er natuurlijk wel en is er ook de vraag om die hele puzzel zo snel mogelijk te leggen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

24 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le CCFFMG" (56009719C)

24 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het CCFFMG" (56009719C)

24.01 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, le Centre de Coordination Francophone pour la

Formation en Médecine Générale (CCFFMG) a été créé dans l'optique d'améliorer la formation des médecins généralistes et de gérer et harmoniser les salaires des assistants en médecine générale dans le cadre d'une coordination INAMI.

Or, il semble s'écarter de son champ de compétence initial: aujourd'hui, le CCFFMG s'investit également dans l'encadrement pédagogique des assistants, notamment via des initiatives telles que le dispositif médecins généralistes MG Proxi, le plan zones de pénurie, des primes d'attractivité, des projets de recherche, et j'en passe.

Or, certaines problématiques ont été observées.

La première consiste en une dérive des compétences: le CCFFMG semble empiéter sur les attributions du Conseil Supérieur de la Santé (CSS), notamment en matière de nomination des maîtres de stage, alors qu'il reste placé sous la tutelle de l'INAMI et du ministre de la Santé.

Ensuite, il y a une transparence financière insuffisante. Malgré les budgets importants alloués à l'INAMI et au CCFFMG, les maîtres de stage ressentent que ces ressources ne sont pas pleinement affectées à la mise en place de stages efficaces et profitables. Les mécanismes exacts de distribution et d'utilisation des fonds restent peu accessibles.

Enfin, des tensions sont à noter avec les universités. Il existe une crainte selon laquelle certains administrateurs du CCFFMG chercheraient à s'affranchir de l'implication des universités, notamment dans la prise de décisions institutionnelles. Les autorités académiques commencent à s'inquiéter de la situation, en particulier pour leurs étudiants dans le cadre des conventions de stage.

Monsieur le ministre, quelles sont précisément les compétences attribuées au CCFFMG par rapport au Conseil Supérieur de la Santé? Dans quelle mesure le CCFFMG est-il habilité ou doit-il interférer dans la nomination des maîtres de stage? Comment expliquez-vous les doléances répétées concernant les délais courts pour la validation d'un stage?

Quels subsides ont-ils été alloués au CCFFMG depuis 2020? Les subsides sont-ils versés par l'INAMI? Existe-t-il un rapport accessible réalisé par un tiers indépendant des dépenses effectuées? Si non, comptez-vous commander un audit?

Quels sont les mécanismes de gouvernance en place pour assurer la concertation avec les universités affiliées? Le CCFFMG envisage-t-il une autonomie décisionnelle vis-à-vis de celles-ci?

Une évaluation qualitative ou quantitative a-t-elle été prévue ou réalisée concernant les projets pédagogiques mis en œuvre? Si oui, quels en sont les résultats?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Tout d'abord, en ce qui concerne la répartition des compétences, le rôle de ces centres concerne l'élaboration des modèles de convention – convention de coordination, convention de maîtrise de stage et convention de formation – ainsi que le contrôle de leur exécution. Ils n'ont aucune compétence en matière d'agrément des maîtres de stage. Cet agrément relève exclusivement du Conseil Supérieur de la Santé, qui propose les critères, analyse les demandes individuelles et rend les avis motivés.

En outre, les retards dans la validation des stages sont imputables à plusieurs facteurs organisationnels. J'ai demandé que l'on simplifie et accélère les procédures avec les centres de coordination et les universités afin d'éviter des validations de dernière minute. Néanmoins, vous pouvez toujours me transmettre ces doléances, je veillerai à ce qu'elles soient examinées.

En matière de financement, l'INAMI effectue les paiements suivants au CCFFMG. Sur une base annuelle, un montant forfaitaire est versé pour chaque candidat médecin généraliste ayant conclu une convention de coordination avec le centre. Pour l'année académique 2025-2026, le montant est de 39 301,56 euros par candidat. Ce montant sert à financer l'indemnité de formation que le CCFFMG a accordée à chaque médecin généraliste en formation. Depuis l'an dernier, un montant additionnel de 1 700 000 euros est octroyé pour des mesures de soutien, notamment pour des candidats médecins généralistes en formation dans les zones à faible densité médicale. L'utilisation de ce montant annuel est approuvée chaque année par le conseil d'administration du centre de coordination.

Enfin, les questions relatives aux audits indépendants, à la gouvernance interne, à l'autonomie décisionnelle ou encore à l'évaluation qualitative ou quantitative des projets pédagogiques nécessitent une analyse détaillée. Je vous invite à les introduire par voie de questions écrites afin que je puisse vous fournir une réponse complète et documentée.

24.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie, même si je n'ai pas obtenu réponse à toutes mes questions.

Je ne manquerai pas de vous transmettre les doléances que j'ai reçues. J'ai aussi noté votre volonté d'accélérer les délais dans les désignations de stage pour les futurs médecins.

Par ailleurs, je n'ai pas obtenu de réponse à propos des subsides qui ont été alloués au CCFFMG depuis 2020. Vous m'avez parlé d'un montant additionnel de 1 700 000 euros, mais pas des montants demandés. J'espère donc les recevoir par la suite. Je ne manquerai pas de suivre le dossier, monsieur le ministre. Merci à vous.

24.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Peut-être pourriez-vous me poser une question écrite pour obtenir tous les détails. Ce sera sans doute plus aisé.

La **présidente**: Pour recevoir l'ensemble des tableaux, sûrement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mise en place d'un plan antiagression pour le personnel hospitalier" (56009731C)

25 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een antiagressieplan voor het ziekenhuispersoneel" (56009731C)

25.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, ces derniers mois, j'ai reçu de nombreux témoignages faisant état d'une augmentation inquiétante des agressions à l'encontre du personnel hospitalier: insultes, menaces, coups, destructions de matériel. Ce phénomène touche désormais tous les services, des urgences aux consultations, en passant par les unités psychiatriques. Les soignants ne devraient pas craindre d'exercer leur métier. Pourtant, sur le terrain, la pression, la fatigue et la détresse des patients s'additionnent parfois à des comportements violents qui fragilisent encore davantage les équipes. Il devient urgent de prendre ce problème à bras-le-corps et de lui donner une réponse structurelle et coordonnée.

Monsieur le ministre, un plan antiagression spécifique aux hôpitaux est-il actuellement à l'étude au sein de votre cabinet ou de vos administrations? Envisagez-vous de définir clairement ce qu'est une agression (physique, verbale, psychologique, matérielle), d'en catégoriser les types et d'en centraliser le recensement dans un système de signalement commun à tous les hôpitaux? Un tel outil statistique partagé permettrait de mieux identifier les causes et, dès lors, de déployer des actions de prévention ciblées.

Les hôpitaux disposent de profils variés pour assurer la sécurité: des agents de gardiennage privés, des agents de sécurité interne, voire du personnel hospitalier formé en prévention. Ces statuts diffèrent notamment sur le plan des compétences, des obligations légales et des rémunérations. Envisagez-vous de clarifier ces statuts et d'octroyer aux hôpitaux des moyens pour engager du personnel de sécurité en suffisance?

Compte tenu de la gravité croissante de certaines agressions, ne faudrait-il pas, comme le suggèrent certains, adapter le Code pénal, la législation du travail et les conventions sectorielles pour reconnaître l'agression envers un membre du personnel soignant comme une circonstance aggravante, à l'image de ce qui existe déjà pour d'autres fonctions d'intérêt public?

25.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, en ce qui concerne les définitions, j'ai

demandé un avis conjoint au Conseil fédéral de l'aide médicale urgente (CFAMU) et au Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH), avec une attention particulière pour les hôpitaux et les soins préhospitaliers.

Le CFAMU a entretemps rendu son avis et l'a transmis au CFEH. L'avis du CFAMU plaide pour une définition juridique à deux volets de l'agression, qui reconnaît à la fois des critères objectifs et la perception subjective du prestataire de soins.

Cette approche s'inscrit dans la législation sur le bien-être et offre un cadre solide pour l'enregistrement et le suivi.

Par ailleurs, un système fédéral centralisé d'enregistrement des incidents d'agression est en cours de développement.

L'avis politique du CFAMU du 24 juillet 2025 reconnaît la diversité des profils de sécurité au sein des hôpitaux et des soins préhospitaliers. Des agents de gardiennage privé au personnel formé en interne, cette diversité s'accompagne de différences en matière de compétences, d'obligations légales et de rémunération, ce qui complique la cohérence de la politique de sécurité.

Bien qu'il n'y ait pas de proposition explicite de révision des statuts, il est souligné que les établissements des soins ont besoin d'un soutien structurel pour élaborer une politique cohérente en matière d'agressions. Cela inclut notamment des directives, des formations, un suivi post-incident et une collaboration avec des partenaires spécialisés. En cette période de contraintes budgétaires, il s'agit avant tout de mieux utiliser les moyens existants, et ce n'est qu'en second lieu qu'il convient d'examiner si des ressources supplémentaires sont nécessaires.

S'agissant d'une adaptation du Code pénal, je me dois de dire que, sous la Vivaldi, nous avons pris l'initiative de considérer une agression contre un membre du personnel soignant comme une circonstance aggravante. Il me semble que cette question est réglée, en principe en tout cas. Si des questions demeurent, vous pourriez interroger ma collègue, la ministre de la Justice.

Plus généralement, vous m'avez demandé s'il ne faudrait pas concevoir un plan global face à l'agressivité contre le personnel soignant. Je suis d'accord. En attendant les réponses sur les questions de définition, d'enregistrement, etc., je pense qu'il faut, par exemple, développer une démarche à ce sujet avec les partenaires sociaux du secteur des soins. Je crois en effet que tant le monde syndical que les employeurs sont fortement concernés par cette problématique.

25.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Oui, il importe effectivement de se mettre autour de la table avec les différents partenaires pour aller au-delà. Aujourd'hui, on sait bien que ce métier est en difficulté; cela s'ajoute à la problématique, ne contribue pas forcément à l'attractivité du métier et décourage les soignants.

En ce qui concerne le plan antiagression, je comprends de votre réponse que des actions sont en cours et que vous avancez.

Quant aux différents profils qui assurent la sécurité, vous confirmez qu'il existe un problème de cohérence et qu'il est dès lors d'autant plus compliqué d'intervenir en matière de sécurité. Vous dites qu'il n'y a pas de moyens et qu'on en cherche au niveau du budget. Je l'entends bien, mais il serait peut-être possible d'utiliser les outils dont nous disposons pour pouvoir obtenir cette cohérence sans que cela ne soit trop coûteux.

Enfin, pour ce qui est du Code pénal, je vais vérifier car c'est sur la base de retours que je vous ai adressé cette question.

25.04 **Frank Vandenbroucke, ministre:** Je crois que cela a été réglé par l'introduction d'un article 410bis qui prévoit cette condition aggravante.

25.05 **Ludivine Dedonder (PS):** Nous verrons donc si c'est suffisant.

L'objet de ma question était de vous rendre attentif ou un peu plus attentif, si c'était déjà le cas, à cette

problématique.

Je vous remercie, monsieur le ministre, pour ces réponses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

26 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La baisse du nombre d'infirmiers" (56009735C)

26 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De daling van het aantal verpleegkundigen" (56009735C)

26.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je n'établis pas de lien direct avec ma question précédente, puisque les causes du problème sont évidemment multiples.

Les chiffres publiés cette semaine par Acerta à partir des données de votre administration sont sans appel: le nombre d'infirmiers de moins de 30 ans n'a jamais été aussi bas depuis 10 ans. Nous comptons aujourd'hui 21 770 jeunes infirmiers actifs, soit 12 % de moins qu'en 2020. Chez les moins de 25 ans, la chute atteint près de 40 %. Autrement dit, une génération entière est en train de se détourner du métier.

La crise du covid a mis en lumière sa pénibilité, sa charge émotionnelle, son manque de reconnaissance. Les jeunes diplômés ne s'y trompent pas: horaires décalés, salaires trop bas, pression constante, équilibre de vie quasi impossible. Et pourtant, monsieur le ministre, aucun budget n'est prévu par ce gouvernement, ni pour un accord social ni pour un plan d'attractivité dans les soins. C'est une véritable contradiction, puisqu'on constate l'urgence sans qu'on y consacre pourtant un euro.

Revaloriser les métiers du soin, c'est reconnaître leur utilité sociale, leur expertise, leur dévouement. Mais c'est aussi créer des perspectives de carrière durables, des équipes renforcées et un environnement de travail soutenant.

Le message des jeunes est limpide: ils ne veulent pas "tenir" ou "faire plus avec moins", ils veulent exercer leur métier dans des conditions dignes. Or, sans plan d'attractivité ni accord social, nous risquons de creuser un fossé générationnel dans les soins, qui fragilisera tout le système de santé dans les années à venir.

Monsieur le ministre, comment comptez-vous enrayer cette crise de vocation sans moyens dédiés dans ce budget? Envisagez-vous quand même de conclure un accord social et de développer un plan pluriannuel d'attractivité pour les métiers du soin, assorti d'un financement concret ou y avez-vous aujourd'hui renoncé?

26.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Vous savez certainement que j'ai mis en œuvre une réforme de l'art infirmier afin de répondre de façon structurelle à la pénurie de praticiens dans ce domaine.

Cette réforme s'est concrétisée par la création de deux nouvelles fonctions: l'assistant en soins infirmiers et l'infirmier de pratique avancée. Ces fonctions ont pour objectif d'élargir les perspectives de carrière et de renforcer l'attractivité des professions. Une révision des prestations techniques et des actes confiés a également été réalisée, accompagnée d'une actualisation de la définition de l'art infirmier.

En parallèle, les législations relatives aux aidants qualifiés et aux activités de la vie quotidienne ont été mises en œuvre, ce qui a permis d'élargir les possibilités de délégation pour les infirmiers responsables des soins généraux.

Les prochaines étapes consisteront en la rédaction des arrêtés d'exécution relatifs à l'équipe de soins structurés.

Dans le cadre budgétaire actuel, nous avons effectivement déjà entamé les premiers échanges

exploratoires avec les partenaires sociaux.

Je tiens à confirmer que je m'engage à dégager les moyens nécessaires pour aboutir à un accord social au cours de cette législature. Un tel accord doit néanmoins se fonder sur la réalité du terrain. Nous devons nous attaquer aux véritables problèmes auxquels les professionnels du soin sont confrontés chaque jour.

J'insiste toutefois sur le fait que, parallèlement à cet accord social, nous pouvons déjà progresser. Certaines mesures peuvent être mises en place de manière budgétairement neutre, par exemple en simplifiant les charges administratives. Je souhaite coopérer avec les partenaires pour les concrétiser rapidement.

26.03 Ludivine Dedonder (PS): Une vraie concertation avec les partenaires me paraît déjà positive et je pense que c'est du reste la seule manière d'avancer. Vous annoncez dégager des moyens, c'est une bonne nouvelle. Nous verrons si cela sera suffisant mais l'on peut au moins entamer déjà cette concertation et voir quelles sont leurs réalités de terrain.

S'agissant des deux nouvelles fonctions que vous évoquez, les retours que j'en ai ne sont vraiment pas positifs, du moins du côté francophone. Les personnes des différents secteurs que j'ai pu rencontrer ne pensent vraiment pas que cela résoudra le problème de fond. J'attire votre attention sur ce point, auquel on aura du reste l'occasion de revenir.

Je retiens toutefois le positif, à savoir les progrès réalisés en vue de dégager des moyens et notre participation à une réelle concertation sociale pour ce personnel. Merci pour ces réponses.

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

27 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De medische expertises" (56009739C)

27 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les expertises médicales" (56009739C)

27.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, medische expertises zijn nodig wanneer iemand slachtoffer wordt van een ongeval, een medische fout of ziekte. In de praktijk zien we echter nog vaak lange wachttijden, telkens andere experts en soms twijfel over de onafhankelijkheid wanneer die artsen ook voor verzekeraars optreden.

Daarom heb ik enkele vragen.

Welke waarborgen bestaan er vandaag om de onafhankelijkheid van medische experts te bewaken? Denkt u bijvoorbeeld aan de invoering van een transparantieregister of een rotatiesysteem om partijdigheid te vermijden?

Hoe wordt de kwaliteit en consistentie van expertiserapporten opgevolgd?

Ziet u mogelijkheden om slachtoffers beter te beschermen tegen overbodige herkeuringen? Ik denk hierbij aan het voorbeeld dat ik eerder heb vermeld. Het ging om een vrouw met meningitis. Die volgens u perfect gevaccineerd was, maar die haar armen en benen verloor. Zij vertelde in haar getuigenis dat het meest confronterende was dat zij telkens terug moest voor herkeuringen, waarbij ze opnieuw moest laten vaststellen dat ze geen armen en benen meer had. De vraag is dus of u daaraan iets kunt doen.

Als laatste vraag, zult u daaromtrent overleg organiseren met alle verschillende partners?

27.02 Minister Frank Vandenbroucke: Bij de medische expertises van Medex voor arbeidsongevallen en beroepsziekten formuleert de geneesheer-expert uitsluitend medische conclusies; hij of zij neemt geen beslissingen. De bevoegde overheid, de publieke werkgever, beslist zelf over eventuele vergoedingen. Die scheiding waarborgt de onafhankelijkheid van de medische expertise.

Expertises kunnen worden gesuperviseerd door een seniorarts op vraag van de expert, de supervisor of het management, onder andere tijdens de opleiding. Die supervisies versterken de kwaliteit en onafhankelijkheid van de onderzoeken. Alle Medex-expertises zijn onafhankelijk. Medische experts staan niet onder invloed van derden en hoeven geen rekening te houden met opmerkingen van artsen die de belangen van het personeel verdedigen.

Alle experts ondertekenen het medisch kwaliteitscharter, waarin staat dat ze opdrachten weigeren die tot een belangenconflict kunnen leiden. Dat charter en de samenwerkingsovereenkomst verwijzen naar de Code van medische deontologie, namelijk de artikelen 36 en 43. Medex neemt die maatregelen om juridische lacunes in de regelgeving op te vangen en grijpt indien nodig rechtstreeks in bij mogelijke belangenconflicten. Ambtenaren of slachtoffers kunnen zich laten bijstaan door een persoon naar keuze, zoals bepaald in artikel 2, § 2, van de wet van 12 mei 2024. Tot slot onderschrijven alle medewerkers van de FOD, inclusief de experts, de waarden van integriteit en onpartijdigheid.

Ik kom nu tot uw tweede vraag. Bij Medex volgt het medisch dossier de patiënt. Alle medische bevindingen worden daarin opgenomen, zodat elke verantwoordelijke arts de volledige historiek kan raadplegen. Dat garandeert volledige transparantie.

Voor de opvolging geeft Medex in principe de voorkeur aan eenzelfde medische expert om continuïteit en een goede kennis van de patiënt te verzekeren. Bij langdurige of complexe dossiers wordt een rotatiesysteem toegepast. Zo evalueert de arts die bijvoorbeeld een maand verminderde prestaties toekent, zelf de effecten van de geleidelijke werkhervatting.

Binnen het MEVA, het Medisch Expertisecentrum voor Arbeidsgeschiktheid, wordt wel bij elke stap een andere arts ingeschakeld: in eerste aanleg, bij facultatieve supervisie, in beroep en bij de arbeidsrechtelijke procedure. Dat waarborgt de onpartijdigheid van de uiteindelijke beslissing.

Bij Medex is het medisch verslag gestandaardiseerd om uniforme conclusies te garanderen. Artsen in opleiding worden begeleid door een referentiearts en worden nauw opgevolgd, zodat ze volgens de richtlijnen van Medex werken. De supervisie van dossiers draagt bij aan de kwaliteit en samenhang van evaluaties.

Voor een tijdige opvolging plant het secretariaat de medische afspraken in de agenda's van de artsen, rekening houdend met prioriteiten en beschikbaarheden. De artsen voeren hun expertises uit op basis van de aard en ernst van de pathologie, waardoor strikte normen niet mogelijk zijn. Maandelijks analyseert Medex een rapportering van uitgevoerde en nog te plannen prestaties om actiepunten te bepalen en waar nodig bij te sturen.

Ondertussen ben ik aanbeland bij uw vierde vraag. Hoewel herhaalde medische afspraken kunnen bijdragen aan psychosociale belasting, ervaren patiënten vooral moeilijkheden door de complexiteit van de administratieve en juridische procedures die Medex verplicht is te volgen. Bij arbeidsongevallen kan een dossier zelden bij de eerste afspraak worden geconsolideerd. Genezing vergt tijd en er zijn vaak meerdere opvolgconsultaties nodig tot de gezondheidstoestand is gestabiliseerd. Er moet dus een evenwicht zijn tussen snel plannen en voldoende wachten. Bij beroepsziekten wordt de meerderheid van de dossiers wel na de eerste expertise afgesloten.

Het MEVA beoordeelt de arbeidsgeschiktheid op basis van de resterende capaciteiten. Het is medisch en juridisch normaal dat ambtenaren met langdurige ziekte meerdere herbeoordelingen krijgen, zodat de evolutie van de gezondheidstoestand kan worden ingeschat vooraleer er eventueel een definitieve ongeschiktheid en medisch pensioen wordt vastgesteld. De rotatie maakt het dus mogelijk om langdurige of complexe dossiers correct af te sluiten.

Wat uw vijfde vraag betreft, oefent Fedris toezicht uit op de naleving van de arbeidsongevallen- en beroepsziektenwetgeving in de publieke sector. Medex heeft daarvoor tientallen keren toegang verleend tot dossiers en medische conclusies in de voorbije jaren. Die controles resulteren meestal in adviezen of aanbevelingen die met de medische experts worden gedeeld.

Medex heeft bovendien herhaaldelijk advies gevraagd aan de Orde om de aanpak en richtlijnen bij te sturen. Voor de evaluatie van de resterende capaciteiten is overleg geweest met het RIZIV, zodat expertises op vergelijkbare wijze worden uitgevoerd. De vragenlijst voor statutair personeel is

bijvoorbeeld vergelijkbaar met de lijst ontwikkeld door de KU Leuven in opdracht van het RIZIV.

Ten slotte neemt Medex deel aan een werkgroep van het Nationaal College voor socialeverzekeringsgeneeskunde inzake arbeidsongeschiktheid met als doel een uniforme benadering van arbeidsongeschiktheid, met name van pathologie tot herstel en terugkeer naar werk.

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

Ik hoor "supervisie op vraag van de arts", "een medische conclusie is geen beslissing" of nog "ze beschikken over een charter". Dat kan mij echter niet geruststellen. We moeten er zeker van zijn dat alles altijd verloopt zonder dat de onafhankelijkheid wordt aangetast. We mogen daarover geen twijfel hebben.

In antwoord op mijn vraag om overleg hebt u allerlei zaken opgesomd. De voorafgaande vraag ging over personen die blijvend ongeschikt zijn en van wie het heel duidelijk is dat ze niet langer aan controles moeten worden onderworpen. Alleen al om die reden zou het nodig zijn dat u daarover opnieuw overleg voert. Dat antwoord krijg ik echter niet. Dat is heel betreurenswaardig.

Ik zal uw antwoord nalezen en kom zeker bij u terug.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

28 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het slaapdrankje "DroomSap"" (56009741C)

28 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le sirop sédatif "DroomSap"" (56009741C)

28.01 Katleen Bury (VB): Er zijn recent enkele artikels verschenen in Nederland en nadien ook in België over een drankje om in slaap te vallen, samengesteld uit natuurlijke stoffen, althans dat wordt zo vermeld. Tegelijkertijd worden er zeer ernstige neveneffecten gemeld. Het FAGG heeft aangekondigd een onderzoek te voeren naar dat product.

Is dat onderzoek opgestart? Wat is de stand van zaken? Zijn er voorlopige maatregelen nodig in afwachting van de resultaten?

28.02 Minister Frank Vandenbroucke: In 2022 voerden de inspectiediensten van het FAGG een eerste onderzoek naar het product DroomSap. Het ging toen om de invoer van het product. In 2023 werd opnieuw een vaststelling gedaan van een kleine hoeveelheid DroomSap bij een particulier. Beide dossiers werden afgesloten met een waarschuwing. Naar aanleiding van de huidige melding werd een nieuw onderzoek opgestart.

De firma Dromenwinkel bvba is gevestigd in Tsjechië. Er lijkt een link te zijn met Nederland. Er werd bijkomende informatie opgevraagd bij de Nederlandse autoriteiten. In een later stadium zal mogelijk ook contact worden opgenomen met de Tsjechische overheid. De website www.dromenwinkel.com werd gesignaleerd aan de inspectiediensten van de FOD Economie teneinde die te laten blokkeren. Er werd tevens een advies omtrent het statuut van DroomSap voorgelegd aan de borderlinecommissie.

Er is tot op vandaag geen Belgische betrokkenheid vastgesteld in het dossier. Voorlopige maatregelen inzake etikettering of gezondheidsclaims kunnen dus niet worden genomen. Aangezien de inspectiediensten van het FAGG nog niet de mogelijkheid hebben om Belgische gebruikers te waarschuwen voor een bepaalde website via het Belgian Anti-Phishing Shield (BAPS), werd de website doorgegeven aan de FOD Economie om die te laten blokkeren. De mogelijkheid om gebruik te maken van het BAPS wordt wel uitgewerkt.

28.03 Katleen Bury (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. De website zou geblokkeerd zijn, maar dat heb ik niet kunnen nakijken.

U zegt dat het FAGG de consumenten niet kan waarschuwen voor de website. Nochtans werd onlangs in het nieuws gewaarschuwd voor een andere website, waarvan de naam mij nu ontglipt. Het was een

zaak over pillengebruik, waarbij een aantal mensen gestorven zijn. Is het echt niet mogelijk om mensen voor een website te waarschuwen? Ik denk dat het in dat geval wel gebeurd is.

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

[28.04] Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, je propose que ce soit la dernière question pour aujourd'hui.

La **présidente**: Très bien. La question n° 56009764C de M. Bayet est transformée en question écrite.

[29] Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een centrale databank voor tandheelkundige gegevens" (56009744C)

[29] Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Une base de données centrale pour les données dentaires" (56009744C)

[29.01] Frieda Gijbels (N-VA): In het kader van rampenbestrijding en forensische identificatie wijzen vooral forensische tandartsen op de dringende behoefte aan toegang tot tandheelkundige gegevens, zoals panoramische en andere radiografieën en andere elementen uit tandheelkundige dossiers.

Momenteel bevinden die gegevens zich gedecentraliseerd bij individuele zorgverleners, wat een snelle identificatie van slachtoffers bemoeilijkt bij bijvoorbeeld natuurrampen of andere incidenten, zoals eerder werd ervaren tijdens de overstromingen in de Vesdervallei. Ook los van rampen en de nood aan slachtofferidentificatie is het van belang dat tandheelkundige gegevens en dossiers vlot kunnen worden gedeeld tussen zorgverstrekkers voor wie dat van belang is, bijvoorbeeld bij verwijzing naar de tweede lijn of bij verandering van tandarts.

De uitwisseling van radiografieën alleen al kan ertoe leiden dat er minder beelden opnieuw moeten worden gemaakt en dat de evolutie van bepaalde letsels beter kan worden opgevolgd. Net zo goed is het belangrijk dat tandartsen zicht hebben op het medicatieschema van een patiënt of dat ze anatomopathologische verslagen kunnen raadplegen wanneer ze bijvoorbeeld een biopsie van tandvlees hebben genomen.

Hoe ver staat het met het deelbaar maken van tandheelkundige dossiers? Eerder zei u dat u zou nadenken over een aparte *care set* voor tandzorg, waarin bepaalde gegevens zouden kunnen worden ingevoerd en gedeeld met andere zorgverstrekkers, met wie een therapeutische relatie bestaat. Heeft dat idee al vorm gekregen? Werd er verder nagedacht over een noodprocedure, waarbij er door bevoegde experts kan worden ingebroken in een dossier bij bijvoorbeeld forensisch onderzoek?

[29.02] Minister Frank Vandenbroucke: De nationale uitrol van *care sets* vordert geleidelijk volgens de vastgestelde prioriteiten en tandheelkunde is een van de domeinen die in de komende fase zullen worden geïntegreerd.

Op dit moment zijn er vier goedgekeurde *care sets*: allergie-intolerantie, vaccinatie, medicatie en het verwijzingsvoorschrift verpleging. De nationale *care sets* zijn transversaal ontworpen zodat ze herbruikbaar zijn voor de verschillende disciplines binnen de gecoördineerde wet betreffende de uitvoering van de gezondheidszorgberoepen. Niet elk domein heeft een specifieke *care set* nodig. Concreet betekent dit dat dezelfde *care set* in verschillende gevallen kan worden gebruikt, afhankelijk van de klinische situatie.

Voor tandheelkundige zorg kunnen diverse bestaande of in analyse zijnde *care sets* worden ingezet, zoals de *care set* 'document' voor het delen van röntgenfoto's en de *care sets* 'problem' en 'observation' voor toegang tot anatomopathologische resultaten en biopsies of andere relevante klinische elementen.

Slachtofferidentificatie, zowel in het kader van rampen als van misdrijven, behoort tot de taken van de politiediensten en de gerechtelijke diensten. Zodra tandheelkundige gegevens centraal beschikbaar zijn, kan het gerecht bevelen om die over te maken teneinde slachtofferidentificatie te faciliteren. Ik merk daarbij op dat de AVG (Algemene Verordening Gegevensbescherming) niet van toepassing is op

overleden personen, wat de regels omtrent overdracht van identificatiegegevens versoepelt. Voor verdere informatie verwijs ik naar mijn collega's van Justitie en Binnenlandse Zaken.

29.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister.

Het is interessant dat de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) soepeler wordt toegepast bij overleden personen. Ik zal zeker aan de ministers van Justitie en Binnenlandse Zaken vragen wat concreet mogelijk is.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: C'est ainsi que se clôt cette réunion. Je vous souhaite une bonne fin d'après-midi.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 44.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.44 uur.