

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 13 JANUARI 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 13 JANVIER 2026

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 18 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.18 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 mise en place d'un label pour les produits cosmétiques" (56009966C)

01 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De invoering van een label voor cosmetica" (56009966C)

01.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, l'Union européenne interdit la vente de produits cosmétiques contenant du TPO. Ces dernières années, de nombreux ingrédients utilisés dans les vernis, gels, colorations ou crèmes ont été tour à tour autorisés, remplacés, puis interdits lorsqu'ils se sont révélés dangereux pour la santé.

Cette succession d'interdictions entretient la méfiance et, surtout, la confusion. Pour un citoyen lambda, il est pratiquement impossible de savoir quels composants sont nocifs et lesquels ne le sont pas. Les étiquettes sont longues, techniques, les labels privés multiples et parfois contradictoires, et les applications qui décryptent les ingrédients alertent davantage sur le danger potentiel que sur le risque réel.

Parallèlement, les plateformes en ligne continuent d'inonder le marché de produits importés, très souvent non conformes aux normes européennes. Ces produits fabriqués hors Union européenne échappent parfois au contrôle, exposant les utilisateurs à des substances interdites.

Monsieur le ministre, comment l'administration informe-t-elle aujourd'hui, concrètement, les citoyens sur les substances nocives présentes dans les cosmétiques? Quelles améliorations envisagez-vous? Envisagez-vous la création d'un label clair et unique, à l'image du Nutri-Score pour l'alimentation, qui permettrait d'indiquer de manière lisible et rapide la qualité sanitaire des produits cosmétiques et leur niveau de risque? Enfin, quelles mesures sont-elles ou seront-elles mises en place pour renforcer les contrôles sur les produits importés via les plateformes en ligne, souvent non conformes, afin de protéger efficacement la santé des consommateurs européens et belges?

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, les informations sur les cosmétiques destinées aux consommateurs sont aujourd'hui basées sur la réglementation européenne, à savoir le règlement n° 1223/2009, qui garantit la transparence grâce à une liste d'ingrédients obligatoire sur l'étiquette de chaque produit. Cependant, nous constatons que ces informations sont souvent trop techniques pour le grand public. C'est pourquoi nous travaillons à une refonte complète de notre communication, avec un site web modernisé et des informations plus claires, tant pour les entreprises que pour les consommateurs. Le portail européen Safety Gate reste également un outil important pour les alertes concernant les produits dangereux.

Pour ce qui est d'un éventuel label comparable au Nutri-Score pour l'alimentation, la réalité scientifique est très complexe et parfois difficile à traduire en un label univoque. Un label qui se contente de vérifier la présence ou l'absence de certaines substances, sans tenir compte de l'exposition réelle et du risque, pourrait être trompeur.

En effet, la sécurité des ingrédients utilisés dans les cosmétiques est déjà rigoureusement évaluée par des toxicologues indépendants et la réglementation est constamment mise à jour en fonction des nouvelles connaissances scientifiques.

Enfin, le contrôle des produits vendus sur les plateformes en ligne a été renforcé grâce au Digital Services Act et à une étroite collaboration avec les douanes et les partenaires européens. Les grandes plateformes telles qu'Amazon, AliExpress et Vinted font l'objet d'une surveillance active et, en cas de doute, les produits sont même achetés et testés. C'est ainsi que nous protégeons la santé des consommateurs belges et européens.

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

Je vois que vous y êtes attentif. J'entends qu'il y aura une refonte de la communication et que vous jugez vous-même l'information effectivement trop technique.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'attractivité du métier de médecin généraliste" (56009967C)

02 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts" (56009967C)

02.01 Ludivine Dedonder (PS): La Belgique, comme l'ensemble de l'Europe d'ailleurs, fait face à une pénurie croissante de médecins généralistes. En 2021, notre pays comptait 12 841 généralistes en activité, dont près de 20 % avaient déjà atteint ou dépassé l'âge de la retraite.

En Wallonie, la moitié des communes sont désormais reconnues comme zones en pénurie. Les causes sont multiples: surcharge administrative, horaires lourds, pression constante, manque de reconnaissance et répartition inégale du travail médical.

Les jeunes médecins aspirent, à juste titre, à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Pourtant, les conditions d'exercice restent souvent dissuasives. Et au lieu de valoriser leur rôle pivot dans notre système de santé, on multiplie les contraintes: remise en cause de leur jugement clinique sur les certificats, suspicion permanente sur les prescriptions, contrôles tatillons, normes bureaucratiques de plus en plus lourdes. Bref, au lieu de renforcer la confiance, on alimente un climat de défiance. Et c'est vraiment ce qui me revient des retours de terrain de nombreux médecins généralistes.

Monsieur le ministre, quelle stratégie le gouvernement entend-il mettre en place pour restaurer l'attractivité du métier de médecin généraliste? Comment comptez-vous alléger la pression administrative et redonner de la confiance aux praticiens dans l'exercice de leur jugement? Des mesures sont-elles envisagées pour soutenir les pratiques de groupe, renforcer les assistants de pratique et garantir un accompagnement réel des jeunes médecins lors de leur installation?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis absolument d'accord avec vous pour dire que le médecin généraliste joue un rôle essentiel dans notre système de santé.

Cependant, la médecine générale est confrontée à d'énormes défis pour pouvoir continuer à remplir ce rôle à l'avenir. Il n'est pas envisageable, je crois, de continuer sans rien changer. Nous ne ferions qu'aggraver les problèmes.

Nous sommes conscients que ce changement se heurte à une certaine résistance. C'est pourquoi le

gouvernement actuel, tout comme les gouvernements précédents, investit massivement dans le soutien aux médecins généralistes et dans le processus de transition en étroite concertation avec les représentants de la médecine générale.

Au cours de la législature précédente, 196 millions d'euros ont été débloqués pour soutenir structurellement la médecine générale.

En collaboration avec les syndicats de médecins et les universités, un nouveau système organisationnel a été mis en place, le New Deal, qui permet aux médecins généralistes d'investir dans la gestion de la population. Nous devons prendre le temps de l'affiner et de le faire connaître davantage, car le pas que les médecins généralistes doivent franchir est important, mais nous recevons beaucoup de signaux positifs de la part des cabinets participants.

Deuxièmement, au cours de la législature précédente, une prime destinée à soutenir les cabinets de médecine générale a été élaborée dans le cadre de l'accord médico-mut. Les investissements dans le DMG ont été étendus et un certain nombre d'initiatives ont été prises dans la nomenclature, notamment pour les visites dans les maisons de repos.

Troisièmement, des moyens ont également été dégagés pour faire appel à des psychologues de première ligne dans les cabinets. C'est quand même un investissement important en termes de budget prévu. Il s'agit, je le répète, de 196 millions d'euros. Nous constatons toutefois qu'une grande partie de ces moyens n'est pas encore utilisée. Nous nous engageons donc fermement à mieux faire connaître toutes ces initiatives aux médecins généralistes. Je voudrais ici lancer un nouvel appel aux médecins généralistes pour qu'ils utilisent les moyens mis à leur disposition.

Nous continuons également à insister auprès des entités fédérées pour qu'elles mettent en place rapidement la formation d'assistants de cabinet. Au niveau fédéral, le travail réglementaire est déjà achevé depuis 2023.

Nous poursuivons dans cette voie au cours de cette législature. Dans le dernier accord médico-mut, un montant de 42 millions d'euros a été débloqué pour les médecins généralistes afin qu'ils puissent organiser des soins de première ligne accessibles et garantir la continuité des soins. Cela permet de rembourser le temps consacré, entre autres, aux téléconsultations. Un budget est également prévu pour les consultations entre le médecin généraliste et les psychiatres.

En outre, nous savons que les services de garde sont également un élément important de l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée. C'est pourquoi nous continuons à investir dans les postes de garde et collaborons avec l'Organisation des médecins à l'élaboration d'un nouvel arrêté royal de reconnaissance et de financement qui, d'une part, doit conduire à une meilleure organisation des postes de garde et, d'autre part, doit permettre un bon équilibre entre l'accessibilité pour le patient et la charge de travail pour le médecin généraliste. A cet égard, nous avons également chargé la médico-mut de réintroduire la consultation de triage par téléphone dans les postes de garde. Malheureusement, la médico-mut n'est pas encore parvenue à un accord précis sur cette mesure.

La charge administrative est un problème qui doit être abordé partout dans le secteur des soins de santé. C'est pourquoi plusieurs groupes de travail ont été créés sous la direction de Pedro Facon afin de s'attaquer à ce problème de manière structurelle. Concrètement, un groupe de travail spécifique aux prestataires de soins a été mis en place afin de mettre sur la table les éléments de la charge administrative excessive sur lesquels des décisions seront prises dans le courant de l'année.

Il est également important de donner une image positive de la médecine générale. Il s'agit d'une profession qui procure une immense satisfaction aux prestataires de soins car elle leur permet d'être proches de leurs patients, de traiter des problèmes concrets et d'établir une relation de confiance. Nous souhaitons promouvoir cette image positive. C'est une profession qui reste confrontée à d'énormes défis et nous ne nions certainement pas les problèmes. Mais si nous mettons l'accent sur les aspects positifs, nous aiderons aussi à convaincre les jeunes médecins de choisir la médecine générale.

Nous constatons également que le pourcentage de candidats en formation qui choisissent la médecine générale est resté relativement stable ces dernières années par rapport aux autres spécialités de niveau 2, c'est-à-dire un pourcentage d'environ 37 à 38 %. Nous sommes conscients que l'on en

demande beaucoup aux généralistes, que la transition qu'ils vivent n'est pas évidente, mais nous continuons à nous engager en faveur du soutien à la médecine générale.

02.03 Ludivine Dedonder (PS): Merci pour l'ensemble des réponses. Je ne vais pas ici reprendre un à un les différents points que vous avez abordés.

Je crois qu'on est d'accord pour dire que non seulement cette profession est utile, nécessaire et qu'elle mérite certainement tout notre intérêt, mais qu'il y a encore un défi. En effet, j'entends les moyens qui ont été dégagés, mais j'entends aussi sur le terrain les difficultés. Aujourd'hui, on n'arrive pas encore à mettre en adéquation les besoins et les attentes des uns et des autres. C'est tout le défi qui est le nôtre, ou plutôt le vôtre! On en reparlera certainement.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La téléexpertise en dermatologie" (56010090C)

03 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Tele-expertise in de dermatologie of dermatologisch advies op afstand" (56010090C)

03.01 Ludivine Dedonder (PS): L'accès à la dermatologie reste problématique pour de nombreux citoyens, en particulier ceux qui résident dans des zones rurales ou éloignées des grands centres urbains. Par ailleurs, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un dermatologue peut être particulièrement long, retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge de certaines affections cutanées.

La téléexpertise constitue une solution pertinente à cette problématique. Aujourd'hui, le patient ayant des symptômes relevant de la dermatologie peut aller consulter son médecin généraliste. Celui-ci peut alors, sur la base de photographies cliniques, solliciter l'avis d'un dermatologue à distance, par le biais d'une plateforme sécurisée.

Il semble toutefois qu'à ce jour, l'ensemble des dermatologues n'appliquent pas ce protocole faute de pouvoir réclamer un honoraire au patient et un remboursement par l'INAMI.

Je me pose dès lors les questions suivantes.

Où en est la reconnaissance officielle de la téléexpertise en dermatologie par l'INAMI?

Quelles démarches sont actuellement en cours pour permettre la rémunération des dermatologues qui participent à ces téléexpertises?

Enfin, un cadre de remboursement pour ce type d'acte médical est-il prévu, et si oui, selon quel calendrier?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Une proposition de nouvelle nomenclature concernant l'expertise dermatologique à distance entre le médecin généraliste et le dermatologue a été élaborée dans le cadre des travaux du Conseil technique médical. Elle a pour objectif de définir de manière structurée les conditions dans lesquelles un avis spécialisé à distance pourrait être sollicité, qu'il s'agisse d'un diagnostic, d'un plan de traitement ou d'un triage pour certaines affections cutanées. Il s'agit d'un travail technique qui vise à préciser les modalités de collaboration entre médecins généralistes et dermatologues.

Cette proposition a été examinée au sein du Conseil technique médical et doit encore suivre le parcours habituel au sein des instances de concertation du modèle médico-mutualiste. Dans ce cadre, les organisations concernées analyseront l'ensemble des éléments pertinents, notamment les aspects de contenu, la pertinence et la finalité de la mesure, son impact potentiel sur l'organisation et le budget des soins, ainsi que les conditions de contrôle et de faisabilité.

À ce stade, le dossier est donc en cours d'examen au sein des organes compétents.

03.03 Ludivine Dedonder (PS): Merci pour ces éléments. Nous verrons ce qu'il en adviendra dans quelques mois.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les interventions de pontage coronarien au CHwapi de Tournai" (56010108C)

04 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Bypasschirurgie in het CHwapi in Doornik" (56010108C)

04.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, le CHwapi est un hôpital régional de référence qui couvre une large zone de soins en Wallonie picarde. Il dispose d'un service de cardiologie performant, reconnu et doté d'un plateau technique important. Pourtant, malgré cette expertise, les interventions de pontage coronarien ne peuvent toujours pas y être réalisées, faute d'autorisation.

Les patients souffrant de pathologies cardiaques nécessitant un pontage doivent encore aujourd'hui être transférés vers des hôpitaux universitaires tels qu'Erasme ou Mont-Godinne, avec tout ce que cela implique: perte de temps, éloignement des familles, rupture dans la continuité des soins et surcharge des centres universitaires.

Or, selon les informations que j'ai pu recueillir, une demande d'autorisation a été introduite par le CHwapi afin de pouvoir pratiquer ce type d'intervention sur place, en s'appuyant sur les compétences médicales existantes et l'infrastructure adéquate.

Monsieur le ministre, confirmez-vous qu'une telle demande d'autorisation de pontage coronarien a bien été introduite par le CHwapi? Où en est l'instruction de ce dossier au sein de vos services et selon quel calendrier une décision est-elle attendue? Enfin, quelle est votre vision quant à la nécessité de rapprocher ce type d'actes lourds du patient, notamment dans les bassins de vie importants comme celui de Tournai, afin d'assurer une meilleure équité territoriale dans l'accès aux soins spécialisés?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, je vous prie de m'en excuser mais, à vrai dire, cette question précise sur l'autorisation de pontage coronarien relève des compétences des entités fédérées. Je ne suis pas compétent et il n'y a dès lors pas de dossier chez moi.

04.03 Ludivine Dedonder (PS): J'en prends acte, monsieur le ministre. Nous réorienterons la question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation de protoxyde d'azote" (56010118C)

05 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het gebruik van distikstofmonoxide" (56010118C)

05.01 Ludivine Dedonder (PS): Les dangers du protoxyde d'azote et de la banalisation de son usage sont connus. Nous en avons débattu ici à maintes reprises.

Monsieur le ministre, dispose-t-on aujourd'hui en Belgique de données précises sur la prévalence de l'usage détourné de protoxyde d'azote, notamment chez les jeunes? Des campagnes de prévention ont-elles été menées ou sont-elles prévues en collaboration avec les entités fédérées et les acteurs de terrain? Le SPF Santé publique soutient-il la recherche menée dans nos hôpitaux pour développer un

dépistage clinique standardisé et un protocole de prise en charge médicale et psychologique?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Il s'agit de questions importantes. Concernant votre première question d'abord, les données sur l'enquête santé collectées entre 2023 et 2024 permettent d'obtenir des informations sur le pourcentage de la population belge âgée de 15 à 64 ans ayant consommé du gaz hilarant au cours des 12 derniers mois. Ce pourcentage s'élève à 0,24 %, soit environ 18 000 personnes. Ce sont les personnes les plus jeunes qui consomment plus fréquemment du gaz hilarant, puisque dans la catégorie des 15 à 24 ans, cette proportion s'élève à 0,54 % contre 0,23 % dans la catégorie de 25 à 34 ans et 0,16 % dans la catégorie de 35 à 44 ans. Les femmes sont également plus enclines à consommer du gaz hilarant (0,36 %) que les hommes (0,12 %). Comme cette substance a été incluse pour la première fois dans l'enquête santé, il n'est pas possible d'étudier une tendance dans le temps. En comparaison avec la fréquence d'usage d'autres substances comme le cannabis (8,8 %), la cocaïne (8,6 %) ou le MDMA/Ecstasy (1,4 %), l'usage de gaz hilarant est limité au sein de la population générale.

De nouvelles données issues de l'enquête dans les écoles en Flandre, collectées en 2023-2024, sont également disponibles. Parmi les élèves de 12 à 18 ans, 96,1 % déclarent n'avoir jamais consommé de gaz hilarant, et 1,4 % déclarent en avoir consommé au cours des 12 derniers mois. Ce nombre est en légère baisse par rapport à 2021-2022. Cette prévalence de l'usage au cours de l'année dernière augmente aussi légèrement avec l'âge des élèves.

Ici, la différence entre garçons et filles est peu marquée. Le gaz hilarant est moins fréquemment cité que le cannabis – on est à 6 % dans cette enquête –, mais plus que les autres substances illicites pour lesquelles on atteint 0,6 % ou même moins.

Ces données de l'enquête dans les écoles en Flandre sont cohérentes avec ce qui est observé dans d'autres pays européens ou avoisinants, puisque même si la Belgique n'a pas participé à l'enquête européenne ESPAD, les résultats montrent une fréquence de consommation moyenne de gaz hilarant au cours de la vie de 3,1 % – c'est entre 0,4 et 9,4 %. L'enquête dans les écoles en Flandre rapporte 3,9 %.

Parmi les nouvelles demandes de traitement pour un trouble lié à l'usage de substances, les données les plus récentes concernent l'année 2024. Le gaz hilarant n'est pas repris spécifiquement comme substance, mais se retrouve dans la catégorie des inhalants.

Cent-cinquante-deux épisodes de traitement ont rapporté une substance de cette catégorie sur plus de 26 000 épisodes collectés. Cela représente 0,6 % des traitements. Parmi ces 152 épisodes de traitement, seuls 30 déclaraient cette substance comme étant la principale substance à l'origine du traitement. Pour les autres épisodes, les inhalants étaient une substance secondaire. Depuis 10 ans, cette catégorie de substances connaît une nette progression parmi les épisodes de traitement puisqu'en 2015, seuls 54 épisodes rapportaient la substance.

Ces résultats semblent indiquer de faibles niveaux d'utilisation du gaz hilarant dans la population belge, en comparaison à d'autres substances. Nous ne disposons pas de chiffres plus précis concernant la consommation de gaz hilarant durant l'été 2025. Les données relatives aux incidents liés aux drogues, par exemple les hospitalisations, restent relativement limitées.

Les données du Centre Antipoisons montrent que, parmi les 408 appels reçus en 2024 pour une substance illicite, 30 – soit 7,4 % – concernaient le gaz hilarant. Cette proportion est en baisse par rapport à l'année précédente. Les services d'urgence des hôpitaux d'Anvers et de Gand, qui ont rapporté près de 500 incidents liés aux substances illicites en 2023, ont indiqué 10 cas liés aux protoxydes d'azote, soit 2,7 %.

En ce qui concerne notre politique, les campagnes de prévention relèvent de la compétence des entités fédérées. Le SPF Santé publique affirme soutenir la recherche et les initiatives *evidence-based*. Il est important de pouvoir répondre aux défis sanitaires engendrés par la consommation de protoxyde d'azote.

Quatrièmement – et c'est peut-être le point le plus important –, l'arrêté royal fait actuellement l'objet d'une évaluation à l'initiative de ma collègue en charge de la Justice. Les résultats de cette évaluation

seront présentés à la Cellule générale de politique drogue. Pour ma part, je suis convaincu que le texte de l'arrêté royal actuel doit être adapté. J'ai déjà reçu plusieurs signaux en ce sens. Je demanderai donc que le groupe de travail sur le gaz hilarant se réunisse à nouveau afin d'élaborer un arrêté royal révisé, plus efficace et renforcé.

05.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Je vous remercie pour cette réponse détaillée.

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

06 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiële toestand van onze ziekenhuizen" (56010737C)**
06 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La situation financière de nos hôpitaux" (56010737C)**

06.01 **Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, uit het recentste Belfius-rapport over de financiële toestand van de ziekenhuizen in 2024 blijkt dat er grote regionale verschillen zijn. Dat is op zich geen nieuws. Het gewone bedrijfsresultaat bedraagt voor Vlaanderen gemiddeld 0,4 %. Dat resultaat is dus gemiddeld positief, terwijl het in Wallonië en Brussel negatief is. De resultaten van het boekjaar tonen een minder groot contrast tussen de regio's, maar daarbij worden ook de uitzonderlijke inkomsten en de eenmalige subsidies in rekening gebracht. Toch moeten we besluiten dat ook de situatie in Vlaanderen zorgwekkend is. Daarover heb ik een paar vragen.

Mijn eerste vraag is of u kunt verklaren waar het grote contrast tussen de verschillende regio's vandaan komt. Hoe kunnen we dat contrast verklaren? In de analyse wordt gewezen op de zware pensioenlasten bij de publieke ziekenhuizen, vooral in Brussel. In welke mate verklaren die statutaire pensioenverplichtingen de regionale verschillen in het gewone bedrijfsresultaat?

Mijn tweede vraag gaat over de verschillen in de resultaten van het boekjaar, die minder groot waren tussen de regio's. Kunt u toelichten in welke mate het positieve Vlaamse cijfer structureel is en welke risico's er bestaan wanneer de uitzonderlijke inkomsten wegvallen? Welke gevolgen zou dat hebben voor Brussel en Wallonië?

Mijn laatste vraag betreft de honoraria, die een groot aandeel uitmaken van de omzet van de ziekenhuizen, meer dan het budget van financiële middelen. Betreft dat de afdrachten, of hoe moeten we dat begrijpen? Kunt u aangeven of er op dat vlak grote verschillen zijn tussen de ziekenhuizen?

06.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Gijbels, uw vraag is een voorbeeld van een absoluut goede en pertinente vraag, zoals u er nog hebt, maar het antwoord is voor mij jammer genoeg niet voor de hand liggend.

We stellen inderdaad een verschil vast in het gewoon bedrijfsresultaat tussen de verschillende regio's van ons land, wat de ziekenhuizen betreft. We stellen vast dat dat in grote mate bepaald wordt door het verschil in financieel resultaat. Zoals u zelf al aangaf, zijn de verschillen op het niveau van het bedrijfsresultaat veel kleiner.

Een exacte oorzaak is niet eenvoudig te duiden. Het zou kunnen dat de verschillende, overigens toenemende, lasten van de responsabiliseringsbijdrage in het kader van de pensioenen in de publieke sector, die ook wegen op de ziekenhuizen, daarin een rol spelen. Voor dat probleem loopt momenteel een adviesaanvraag bij de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, met het oog op een zo correct mogelijke verdeling van het beschikbare budget.

Dat gezegd zijnde wil ik er wel op wijzen dat er ook binnen onze regio's, bijvoorbeeld in Vlaanderen, verschillen in resultaten tussen de ziekenhuizen bestaan. Dan gaat het niet om een discussie met een communautair karakter, maar dan gaat het over iets anders.

Ik ben het ook met u eens dat we het best abstractie kunnen maken van uitzonderlijke inkomsten als we de structurele gezondheid van de sector evalueren. Dat is de reden waarom we echt moeten nadenken over de organisatie van het ziekenhuislandschap. U weet dat we een expertengroep hebben gevraagd om daarover in volledige onafhankelijkheid een advies te formuleren, onder leiding van onder

meer Peter Degadt, en dat advies is ondertussen ingediend. Nu geven we tot april de tijd aan officiële adviesinstanties om hun mening te geven over de toekomst van het ziekenhuislandschap. Ik hoop dat we vervolgens binnen enkele maanden tijd op het niveau van de IMC samen oriëntaties kunnen afspreken.

Ten slotte wil ik het nog hebben over de honoraria binnen de vermelde omzetcijfers. Het betreft de totale honoraria, het gaat niet alleen over de afdrachten. Op het vlak van de afdrachten bestaan er verschillen tussen de ziekenhuizen. Dat is evident, omdat ze het resultaat zijn van onderhandelingen tussen het ziekenhuisbeheer en het artsencorps. Die onderhandelingen gebeuren individueel per ziekenhuis.

Zoals u weet, heb ik daarin wat meer inzicht gevraagd aan de koepels, ook in het kader van de supplementendiscussie. Ik heb daaruit niet zo heel veel geleerd, moet ik bekennen, omdat juist de vraag naar wat nu wat bepaalt, niet duidelijk beantwoord raakt. Zijn er veel supplementen omdat er grote financiële tekorten zijn? Dat komt er eigenlijk niet duidelijk uit. We blijven daar wat op onze honger zitten. Het lijkt mij inderdaad aangewezen dat de sector zelf nadenkt over de wijze waarop die verschillen moeten worden beoordeeld en of er daarover niet wat meer uitleg verschaft kan worden.

06.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, we weten dat er verschillen bestaan tussen ziekenhuizen, inderdaad ook tussen ziekenhuizen in hetzelfde gewest. Het slechte nieuws daarbij is dat het jammer is dat veel ziekenhuizen het moeilijk hebben en het financieel niet zo goed doen. Het goede nieuws vind ik wel dat er ziekenhuizen zijn die stelselmatig goede cijfers kunnen voorleggen. Het kan een nuttige oefening zijn om vooral die ziekenhuizen nader te bekijken.

Wat doen zij anders dan andere ziekenhuizen? Ligt het aan het beleid? Ligt het aan hogere supplementen? Dat laatste denk ik eerlijk gezegd niet, want men ziet vaak dat de hoogste supplementen net worden gevraagd bij de ziekenhuizen met de minst goede resultaten.

Ik ben ook benieuwd naar de feedback die zal volgen op het advies van de expertengroep. Laten we echter ook eens kijken naar de ziekenhuizen die het goed doen en daaruit lessen trekken, om die vervolgens te verspreiden onder de andere ziekenhuizen. We mogen ook eisen dat de ziekenhuizen meer inspanningen leveren om betere resultaten voor te leggen.

Waar we natuurlijk wat bevreesd voor zijn, is dat als we overgaan tot een hervorming van het ziekenhuislandschap en van de ziekenhuisfinanciering, we de ziekenhuizen die het altijd minder goed hebben gedaan op een of andere manier zouden belonen, door hun verliezen te compenseren. Daarom pleit ik ervoor om te kijken naar de ziekenhuizen die goed presteren en daar de nodige lessen uit te trekken.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions jointes n° 56010941C de Mme Gijbels et n° 56012255C de Mme Sneppe sont reportées.

07 Vraag van Kurt Moons aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Problemen bij het RIZIV" (56010957C)

07 Question de Kurt Moons à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les problèmes au sein de l'INAMI" (56010957C)

07.01 Kurt Moons (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, collega's, vooreerst wens ik u allen een gezond en gelukkig 2026 en veel werkijsver toe.

Mijnheer de minister, anderhalve maand geleden hadden we het al over de problemen bij het RIZIV. Het RIZIV kampt met grote operationele problemen. Controlemechanismen werken niet en facturen worden blindelings betaald zonder enig nazicht, maar dat blijkt enkel maar een symptoom van een veel grotere problematiek. Terwijl we van het Rekenhof het 182ste boek, deel 3, met betrekking tot 2025 over de sociale zekerheid ontvingen en het de jaarrekeningen 2023 van andere overheidsinstellingen controleerde, kon het voor het RIZIV enkel tot de jaarrekening 2021 controleren, omdat de jaarrekeningen 2022 en 2023 niet eens bij het Rekenhof waren ingediend.

Het ergste is dat het Rekenhof concludeert dat de rekeningen van het RIZIV geen getrouw beeld geven van zijn vermogen, financiële toestand en resultaten. Dat is ongeveer hetzelfde als een revisor die over een bedrijf zegt dat de rekeningen niet kloppen, waardoor men geen leverancier wil zijn van dat bedrijf. Ook de statistieken van het RIZIV zijn niet bijgewerkt en we moeten het stellen met de voorlopige cijfers van 2023.

Mijnheer de minister, vindt u het normaal dat een overheidsinstelling, waarin ongeveer 50 miljard euro belastinggeld circuleert, geen jaarrekening door het Rekenhof goedgekeurd krijgt en zelfs geen jaarrekening voor de voorbije twee jaar indiende? Hoe verklaart u de operationele en feitelijke administratieve puinhoop bij het RIZIV?

Erkent u de problemen? Zijn er nog andere problemen bekend? Wat hebt u sinds uw aantreden als minister al ondernomen om dergelijke problemen op te lossen? Wie draagt bij het RIZIV de verantwoordelijkheid voor dat slechte bestuur? Werden die personen al aangesproken op hun incompetentie en wat was hun reactie?

Hebt u zicht op het aantal zieken? Aan wie en hoeveel betaalt het RIZIV uit? Houdt het die gegevens bij? Zo ja, hoe en zijn die raadpleegbaar?

Als het RIZIV geen jaarrekening kan indienen of goedgekeurd krijgen, wat zijn de beschikbare cijfergegevens dan waard? Hoe robuust zijn die? Kan de regering, en dus u, dan wel gefundeerde beslissingen nemen?

Welke geloofwaardigheid moet aldus aan uw besparingsplannen worden gehecht, als u zelf nog geen correcte analyse op basis van die beschikbare data kunt maken? Wat is de realiteitswaarde? Hoe kunnen we er dan volgens u zeker van zijn dat ons belastinggeld niet wordt verspild? Vindt u het derhalve niet opportuun om een grondige externe audit te laten uitvoeren, een die liefst geen twee jaar duurt?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het RIZIV heeft het rapport van het Rekenhof over de sociale zekerheid ontvangen. Het RIZIV erkent dat er een aantal bijstellingen nodig zijn.

Die vaststellingen zijn eigenlijk niet nieuw, mijnheer Moons. Op basis van eerdere vaststellingen is een transformatietraject opgestart. Er was een achterstand in de indiening van de jaarrekening. De jaarrekening van 2021, waarover het Rekenhof heeft gerapporteerd, werd nog met achterstand ingediend, maar ondertussen is een grote inhaalbeweging gerealiseerd. De jaarrekening van 2024 is wel tijdig ingediend.

Ook de controleorganen, dat zijn tot 2027 de revisoren en het Rekenhof en vanaf het boekjaar 2027 alleen nog het Rekenhof, zijn momenteel bezig met de uitvoering van een inhaalbeweging en controleren de ondertussen afgesloten jaren. Het aangehaalde rapport is daar één van. Momenteel loopt ook de audit van het Rekenhof over de rekeningen 2022. De revisoren hebben ondertussen al de boekjaren 2022 en 2023 gecontroleerd.

Hoewel er momenteel volop wordt gewerkt aan de verbetering van de kwaliteit van de cijfers en er verschillende projecten en programma's bij het RIZIV lopen om die kwestie aan te pakken, zal dat zich nog niet meteen vertalen in verbeteringen in de rapporten van het Rekenhof, omdat de processen en de werkwijze niet retroactief kunnen worden aangepast.

Het RIZIV is volgens het KB van 30 april 2024 inzake de uitoefening van de opdracht van financiële controle bij de openbare instellingen van de sociale zekerheid, opgenomen in de golf die een certificatie van het Rekenhof vanaf 2027 moet verkrijgen. De administratie stelt alles in het werk om dat doel te behalen. Daarom werd de certificering van de jaarrekeningen ook in het ontwerp voor de zevende bestuursovereenkomst opgenomen.

Daarnaast wordt ook een semestriële rapportering aan het Algemeen Beheerscomité van het RIZIV gedaan, over de vooruitgang van de verschillende projecten om de boekhouding te verbeteren.

Aan bepaalde opmerkingen is intussen al tegemoetgekomen, zoals de voorziening voor vakantiegeld,

de waardeverminderingen op dubieuze vorderingen en de discrepantie tussen het grootboek en de balans- en resultatenrekening.

Andere opmerkingen vragen een grondige aanpassing van de processen en vergen meer tijd. Die opmerkingen zullen worden behandeld in het boekjaar 2025, zoals voor de voorzieningen, de buitenbalansrekening, de immateriële vaste activa en de afschrijvingen, en in het boekjaar 2026, bijvoorbeeld voor de vastgestelde rechten, de hervorming van het afsluitproces en de waarderingsregels.

Alle opmerkingen van het Rekenhof worden geanalyseerd en, waar nodig, worden acties gedefinieerd om die op te lossen. Het RIZIV houdt daarvoor ook constructief overleg met het Rekenhof en andere betrokken toezichthouders.

Ondertussen werden ook een aantal interne aanpassingen doorgevoerd. Er werd een nieuwe financieel directeur aangesteld via een vaste aanwerving bij het RIZIV begin 2025. Er zijn ook acties ondernomen om het interne kader van de financiële directie te versterken door gerichte selecties en promoties.

Het traject zal blijvend worden opgevolgd en onverminderd voortgezet om de betrouwbaarheid van de cijfers te verhogen.

Bovendien beklemtoon ik dat de gezondheidszorgbegroting wel degelijk nauwkeurig, correct en tijdig wordt opgevolgd, onder meer aan de hand van maandelijkse boekhoudkundige rapporteringen, periodieke technische ramingen in de verschillende organen van het RIZIV, waarin ook regeringscommissarissen voor Begroting zetelen, en in de Algemene Raad van vertegenwoordigers van de regering, waarbij ook het Rekenhof toegang heeft tot de documenten. De kwaliteit van die gegevens wordt in het rapport van het Rekenhof niet ter discussie gesteld.

Ik besluit. Het RIZIV erkent, enerzijds, de opmerkingen van het Rekenhof volledig en is daar ook actief mee bezig. De audit waarover u terecht een vraag stelt, handelt over de cijfers van 2021. Door de eerder omschreven acties kan ik u meegeven dat het beeld in de komende rapporten een aanzienlijke verbetering zal tonen.

Het is, anderzijds, wel belangrijk te benadrukken dat er wel degelijk een correcte opvolging van de begroting gebeurt in het RIZIV zelf. Ook de vertegenwoordigers van de regering in de Algemene Raad en de verschillende regeringscommissarissen houden in de respectieve bevoegde organen van het RIZIV toezicht.

Mijnheer Moons, van de arbeidsongeschiktheid houdt het RIZIV uiteraard cijfers bij. Ik heb tabellen bij mij, die ik u meteen schriftelijk zal bezorgen want anders zouden wij hier nog lang bezig zijn.

07.03 Kurt Moons (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoorden.

Die antwoorden bevredigen mij echter niet volledig, in die zin dat ze hoofdzakelijk betrekking hebben op het verleden terwijl de vragen en opmerkingen waarnaar wordt verwezen al jaren geleden zijn geformuleerd.

Ik ga er wel van uit dat u in de toekomst tot een betere uitvoering wilt komen, en ik begrijp dat processen moeten worden aangepast en dat het retroactief moeilijk is om dat te doen. Niettemin kijk ik uit naar een rapport van het Rekenhof dat effectief duidelijkheid verschaft over de robuustheid en de betrouwbaarheid van alle opgenomen gegevens, zeker gelet op het feit dat het om belastinggeld gaat. We moeten erop kunnen vertrouwen dat de cijfers correct zijn, zodat we de juiste analyses kunnen maken en de juiste maatregelen kunnen nemen, op basis van correcte gegevens.

Ik zal dan ook met veel enthousiasme de verdere opmerkingen van u en uw diensten blijven opvolgen. Dank u wel.

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

La **présidente**: Les questions jointes suivantes, portant les n^{os} 56011005C et 56011453C, de Mmes

Eggermont et Bertrand, sont retirées, étant donné que les différentes oratrices ne sont pas présentes. La question n° 56011009C, de Mme Eggermont, est également retirée, en raison de l'absence de son auteure.

08 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La situation des hôpitaux wallons et l'analyse sectorielle MAHA 2025" (56011014C)

08 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De situatie van de Waalse ziekenhuizen en de MAHA-sectoranalyse 2025" (56011014C)

08.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, la publication des données MAHA 2025 offre un panorama précieux de la situation hospitalière. Si l'année 2024 apparaît moins dégradée que 2023, cette stabilisation est largement artificielle. Elle repose sur des éléments exceptionnels comme la baisse des coûts énergétiques et des résultats ponctuels liés aux révisions et régularisations, notamment covid.

Sans ces facteurs extérieurs, le résultat d'exploitation serait à nouveau négatif dans de nombreux établissements, alors même que les décisions prises dans le cadre du budget des soins de santé 2026 annoncent une diminution de plusieurs sources de revenus, tandis que les charges, elles, poursuivent leur progression.

Les hôpitaux wallons restent vulnérables en termes d'endettement, de solvabilité et de résultats courants. À cela s'ajoute une charge spécifique pour les hôpitaux publics, celle des pensions des statutaires. Contrairement à d'autres régions, les établissements wallons assument seuls cette dépense croissante. Selon les projections, les cotisations de responsabilisation pourraient atteindre 3,3 % du chiffre d'affaires d'ici 2030, mettant en péril la viabilité de plusieurs institutions publiques ou mixtes.

MAHA confirme aussi la progression de l'hospitalisation de jour. Mais ce virage ambulatoire atteint ses limites, notamment en Wallonie, où la réalité sociale – un taux de risque de pauvreté de près de 22 % – complique le retour à domicile et empêche aussi d'appliquer mécaniquement les modèles d'ambulatoire développés ailleurs.

Enfin, la faiblesse des marges fragilise la capacité d'investissement. Modernisation des infrastructures, sécurité IT, transformation numérique: autant de chantiers essentiels qui risquent d'être différés, faute de financement bancaire.

Monsieur le ministre, comment analysez-vous ces vulnérabilités spécifiques mises en évidence pour la Wallonie? Quelles mesures envisagez-vous pour atténuer l'impact des économies décidées dans le budget 2026? Le gouvernement entend-il avancer vers une solution durable et équitable en matière de pensions statutaires? Enfin, quelles garanties pouvez-vous offrir quant à la capacité d'investissement des hôpitaux wallons dans les années à venir?

Je vous remercie.

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la députée, je suis naturellement bien au fait des résultats de l'étude MAHA, ainsi que de la situation des hôpitaux wallons. Bien qu'encore timides, ces résultats montrent une amélioration et cette tendance devrait se poursuivre en 2025, notamment grâce aux régularisations des révisions des exercices antérieurs.

Par ailleurs, des investissements sont continuellement effectués pour soutenir les hôpitaux, en particulier dans des domaines cruciaux tels que la cybersécurité.

Cependant, s'il existe des freins à l'hospitalisation de jour, une marge de progression est encore possible, même pour les hôpitaux de Wallonie. L'évolution de la technologie et des traitements permettra certainement de soutenir la poursuite des durées de séjour et de l'hospitalisation de jour, voire des possibilités de prise en charge à domicile. Néanmoins, vous avez raison de souligner que la situation de certains hôpitaux reste préoccupante, et cela ne concerne pas uniquement la Wallonie, mais également Bruxelles et même la Flandre.

La solution à ce problème nécessite une réflexion de fond sur le rôle et l'avenir de chaque site hospitalier, selon un modèle d'organisation de soins de qualité mais aussi d'efficience, afin de cibler au mieux le financement des hôpitaux. C'est précisément pour cette raison que nous avons demandé à un groupe de travail d'experts de se pencher sur le paysage hospitalier lors de la conférence interministérielle. Nous avons reçu leur rapport avant Noël et l'avons soumis à des demandes d'avis, par exemple au Conseil fédéral des établissements hospitaliers. À partir du mois d'avril, après réception des avis des instances officielles, nous voulons nous atteler à la définition d'une politique de réforme du paysage hospitalier.

Bien que les investissements en infrastructures ne relèvent plus de la compétence du fédéral, il est essentiel que les régions évaluent l'opportunité de tels investissements avant de s'engager lourdement. C'est la raison pour laquelle la réflexion sur le paysage hospitalier émane de la conférence interministérielle, de façon à accorder au mieux le rôle de chaque site en termes d'offre de soins à des investissements en infrastructures qui soient appropriés à ce rôle.

En ce qui concerne les charges de pension, il est vrai que la prise en charge par la Flandre à hauteur de 50 % est différente de celle de la Wallonie. C'est un fait que je ne peux que constater. Comme je l'ai déjà dit à Mme Gijbels, j'ai aussi adressé récemment une demande d'avis au Conseil fédéral des établissements hospitaliers concernant la répartition de la compensation de la charge de pension des hôpitaux publics dans leur budget des moyens financiers.

08.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Merci pour votre réponse.

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

09 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Frenotomie" (56011163C)**

09 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La frénotomie" (56011163C)**

09.01 **Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, elk jaar worden in België meer dan 10.000 frenotomieën uitgevoerd. Een frenotomie is een chirurgische ingreep aan de tong waarbij een te kort of een te strak tongriempje wordt gecorrigeerd, omdat dit problemen kan veroorzaken bij onder meer het slikken, spreken en andere orale functies. De ingreep wordt ook in verband gebracht met borstvoedingsproblemen en wordt daarom vooral uitgevoerd bij zeer jonge kinderen, met name baby's. Uit cijfers van Gezond België blijkt dat 35 % van die ingrepen wordt uitgevoerd door tandartsen. Dat roept bij mij een aantal vragen op, aangezien er een grote geografische variatie bestaat in het uitvoeren van frenotomieën.

Hebt u een idee hoe die variatie kan worden verklaard? Zien we bovendien een concentratie van frenotomieën bij een beperkt aantal zorgverstrekkers? Met andere woorden, gaat het om slechts enkele zorgverleners die een groot aantal van die ingrepen uitvoeren? Als dat het geval is, kunt u dat nader toelichten?

Daarnaast bestaat er aanzienlijke controverse over het eventuele causale verband tussen een te kort tongriempje en borstvoedingsproblemen. Kinderartsen en lactatiedeskundigen staan hierover regelmatig lijnrecht tegenover elkaar. Acht u de wetenschappelijke basis voldoende robuust om een terugbetaling te verantwoorden? Weet u welke beroepsgroep voornamelijk doorverwijst voor een frenotomie?

Tot slot wil ik vragen of er in België richtlijnen, aanbevelingen of kwaliteitsstandaarden bestaan die tandartsen of andere zorgverleners moeten volgen bij de indicatiestelling of de uitvoering van deze ingreep. Als die ontbreken, acht u het dan zinvol om dergelijke richtlijnen te ontwikkelen?

Dank u, mijnheer de minister.

09.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** De recente cijfers tonen aan dat het aantal van deze ingrepen toeneemt en dat er inderdaad duidelijke regionale verschillen bestaan. De informatie die via Healthy Belgium ter beschikking wordt gesteld, waaronder gegevens over medische praktijkvariëaties, is

essentieel om deze evolutie te monitoren en een onderbouwde beleidsaanpak mogelijk te maken. Het gaat om een bijzonder waardevolle bron van informatie over gezondheid en gezondheidsbeleid.

Volgens die gegevens worden in België jaarlijks meer dan 10.000 ingrepen aan het tongriempje geregistreerd en is er sprake van een gestage toename. De recente cijfers tonen een gemiddelde groei van 2,72 % per jaar tussen 2018 en 2023, tot 18.893 ingrepen voor alle leeftijden in 2023. Die stijgende trend, in combinatie met de duidelijke regionale verschillen, roept terechte vragen op over indicatiestelling en praktijkvoering.

In dat kader verwijs ik naar een geplande KCE-studie die specifiek deze behandeling zal onderzoeken. Die studie heeft tot doel een duidelijke, evidencebased klinische praktijkrichtlijn uit te werken voor frenotomie bij kinderen. Daarbij zullen de criteria voor indicatiestelling, de diagnose en de functionele impact worden onderzocht, net als de omstandigheden waarin de ingreep gebeurt, zoals het type ingreep en de mogelijke nood aan multidisciplinair advies. De bedoeling is om ongewenste secundaire effecten, zoals eet- of orale stoornissen, infecties en ongerustheid bij ouders, te vermijden, ongerechtvaardigde uitgaven te beperken en de geografische variatie in België aan te pakken.

Deze KCE-studie moet nog worden opgestart. Het is dus te vroeg om een exacte timing van oplevering te geven, maar ze vormt alvast een belangrijke stap vooruit om duidelijkheid te scheppen voor zorgverleners en ouders en om de doelmatigheid te verhogen.

09.03 Frieda Gijbels (N-VA): Het is een goede zaak dat het KCE zich hierover zal buigen. Ik vind dat belangrijk, want wanneer kinderartsen, vroedvrouwen en lactatiedeskundigen tegenover elkaar komen te staan, is dat volgens mij een duidelijk signaal dat de ingreep niet altijd geïndiceerd en niet altijd nodig is. Uit de laatste cijfers op Gezond België blijkt het bovendien een aanzienlijke uitgave voor onze ziekteverzekering te zijn. Er wordt gesproken over 750.000 euro, wat niet weinig is, en ik hoor dat de recentste cijfers nog hoger zijn, wat erop wijst dat er de voorbije jaren nog meer ingrepen zijn uitgevoerd.

Het is dus zeer goed dat in detail zal worden nagegaan of de ingreep wel nodig is. Bij baby's is het belangrijk om de tijd zijn werk te laten doen en niet te snel in te grijpen, aangezien de wetenschappelijke onderbouwing vandaag toch niet sluitend lijkt te zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évolution de la pratique dentaire et les risques en matière d'accessibilité aux soins" (5601173C)

10 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De evolutie van de tandartsenpraktijken en de risico's inzake toegankelijke tandzorg" (5601173C)

10.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, la profession de dentiste connaît une mutation profonde. La pratique solo recule rapidement au profit de cabinets pluridisciplinaires ou de groupes d'investissement. Il s'agit d'une transition qui soulève aujourd'hui deux préoccupations majeures de santé publique.

La première concerne le risque de rupture du maillage territorial. Les cabinets solo assuraient historiquement une offre de proximité, en particulier dans les zones rurales ou semi-rurales. De nombreux dentistes en fin de carrière peinent désormais à transmettre leur cabinet faute de repreneurs. Dans certaines régions, des patientèles entières risquent de se retrouver sans solution, aggravant les inégalités territoriales en matière d'accès aux soins bucco-dentaires.

La deuxième concerne l'impact du regroupement sur le conventionnement. Selon Solidaris, seuls 37 % des dentistes travaillant en groupe sont conventionnés, contre 49 % des dentistes solos. Cette différence pourrait à terme réduire l'accessibilité financière des soins pour de nombreux patients. Quelle analyse fait le gouvernement du risque de désertification des dentistes dans certaines régions? Disposez-vous de données consolidées sur l'implantation géographique et leur impact sur la continuité du maillage territorial? Envisagez-vous des mesures incitatives ou structurelles pour soutenir la

transmission ou l'installation de cabinets généralistes dans des zones plus fragiles? Et au vu des écarts de conventionnement entre pratiques solos et pratiques de groupe, le gouvernement étudie-t-il la possibilité d'imposer un pourcentage minimal de dentistes conventionnés dans les cabinets pluridisciplinaires afin de garantir l'accessibilité financière des soins?

Je vous remercie pour vos réponses.

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, en ce qui concerne les deux premières questions, il est exact que nous recevons régulièrement des retours de patients signalant des difficultés d'accès aux soins dentaires dans certaines régions, tant au Nord qu'au Sud du pays. La question de la répartition territoriale est effectivement centrale.

À ce jour, la commission de planification ne dispose pas de données précises sur les lieux de pratique des dentistes. Il n'est donc pas possible d'objectiver cette répartition territoriale. Cependant, grâce au portail ProSanté, un registre de pratiques sera établi, incluant les lieux de pratique validés par les dentistes. Dès que ces données seront disponibles et validées, la commission de planification publiera des statistiques détaillées sur l'activité des professionnels de santé permettant d'intégrer la dimension territoriale.

Des campagnes de communication visant à inviter les professionnels à valider leurs données sur le portail débuteront en 2026. Vous comprendrez qu'avant de disposer de cette répartition territoriale objectivée, il est difficile pour la commission de planification de se prononcer sur d'éventuels déséquilibres.

En réponse à vos troisième et quatrième questions, il n'est pas envisagé de prendre des mesures incitatives ou structurelles pour soutenir la transmission ou l'installation de cabinets dans les zones fragiles. L'organisation de la première ligne relève de la compétence des entités fédérées.

En ce qui concerne le conventionnement, un projet de loi-cadre concernant la réforme des soins de santé est en cours de procédure législative, comme vous le savez. Ce projet prévoit notamment une révision du système d'accords et de conventions actuel. Néanmoins, dans le cadre de cette réforme, le conventionnement reste individuel et non lié à un type de pratique.

10.03 Ludivine Dedonder (PS): Je vous remercie pour votre réponse.

Je vous encourage tout de même à suivre ce dossier puisque, vous l'avez dit d'emblée, vous avez écho des difficultés d'accès aux soins dentaires des citoyens. J'entends qu'il n'est pas prévu d'offrir un soutien à ce stade. Restons toutefois attentifs. Aujourd'hui, l'accès aux soins dentaires présente énormément d'injustice et d'inégalité. Pour moi, en tant que personne de gauche, cet élément fait partie des injustices dans le domaine des soins. Je vous invite donc à être vigilant sur cette question.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le virus H5N1" (56011399C)

11 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het H5N1-virus" (56011399C)

11.01 Ludivine Dedonder (PS): *Monsieur le ministre, la circulation du virus H5N1 connaît une intensification sans précédent en Europe: près de 1 500 cas détectés chez les oiseaux sauvages depuis septembre, plusieurs foyers confirmés en Belgique, et une activité virologique qui coïncide avec le début de la saison de la grippe humaine.*

Si le risque de transmission à l'humain demeure faible, l'ampleur actuelle de la circulation augmente mécaniquement la probabilité d'une mutation ou d'une recombinaison avec les virus saisonniers. L'ECDC appelle d'ailleurs à veiller à ce que les signaux d'alerte précoces ne passent pas inaperçus et que les actions de santé publique restent rapides et efficaces.

Quelles mesures spécifiques sont actuellement en place pour détecter précocement d'éventuelles

infections humaines et assurer la liaison entre Sciensano, les laboratoires et vos services?

Votre administration dispose-t-elle d'une analyse actualisée des scénarios de mutation ou de saut vers l'humain? Quels sont les critères qui entraîneraient un changement de niveau d'alerte?

Dans quelle mesure la Belgique est-elle prête à activer rapidement des mesures ciblées (testing, protection des personnels exposés, mobilisation des stocks d'antiviraux et de vaccins H5N1) si la situation venait à évoluer?

Quels indicateurs permettront de considérer que la situation est maîtrisée et que la vigilance peut être allégée? Peut-on anticiper une fin de la période critique à l'issue de la saison migratoire?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Concernant votre première question, Sciensano est reconnu comme Centre national de la grippe par l'ONSS depuis 1977 et héberge depuis 2010 le Centre national de référence pour l'influenza. À ce titre, Sciensano diffuse chaque année aux laboratoires et hôpitaux belges les recommandations de l'ECDC concernant la grippe zoonotique.

Sciensano coordonne également l'étude pilote ZOOIS pour la surveillance active de la transmission de la grippe zoonotique. En Flandre, l'étude est en cours depuis 2023 et comprend deux volets. D'une part, le volet sentinelle, dans lequel les personnes présentant un risque élevé d'exposition à une grippe d'origine animale sont dépistées toutes les deux semaines pour détecter une éventuelle infection par le virus influenza. Il s'agit actuellement de 54 personnes travaillant dans différents secteurs comme les centres de soins pour les oiseaux, les vétérinaires spécialisés en porcs ou les personnes travaillant dans des refuges pour animaux, répartis à divers endroits en Flandre.

D'autre part, l'étude comporte un volet épidémie, dans lequel les personnes exposées à un virus influenza d'origine animale sont contactées par l'inspecteur de l'Autorité régionale de santé pour un suivi de leur état de santé au moyen de prélèvements et de tests. En Wallonie, ce volet épidémie est en cours depuis début 2025 et devrait être étendu en 2026 à Bruxelles et à la région germanophone.

En plus de cette étude, Sciensano assure depuis 2009 une surveillance virologique des infections respiratoires via des réseaux de médecins généralistes, ILI, et depuis 2012 via un réseau d'hôpitaux, SARI, permettant également la détection des cas de grippe zoonotique.

Cette maladie étant à déclaration obligatoire, une collaboration étroite existe entre Sciensano et les autorités régionales de santé avec des protocoles communs disponibles sur le site de Sciensano.

Sur votre deuxième question, Sciensano, en tant que Centre national de référence pour l'influenza aviaire, assure une surveillance intégrée chez les volailles et la faune sauvage en collaboration avec les autorités compétentes. Les souches détectées font l'objet d'un séquençage génomique complet afin de suivre l'évolution du virus et d'identifier rapidement d'éventuels marqueurs d'adaptation aux mammifères dans le cadre des réseaux européens et internationaux et des évaluations de l'ECDC et de l'EFSA.

Le virus HPAI H5N1, actuellement en circulation, reste principalement aviaire. Les infections humaines demeurent rares et sans transmission interhumaine soutenue en Belgique ou en Europe.

Comme le virus circule désormais de manière endémique au sein des populations d'oiseaux sauvages, son éradication complète n'est pas envisageable. Dans le secteur avicole, un niveau élevé de biosécurité demeure la première ligne de défense, même si ces mesures ne permettent pas toujours d'empêcher l'introduction du virus dans les exploitations. Une détection rapide, suivie de la mise en œuvre immédiate de mesures de restriction et de contrôle, est essentielle pour limiter la propagation du virus aux exploitations voisines.

Concernant votre troisième question, la Belgique a conclu des engagements pluriannuels pour garantir l'accès à des vaccins H5N1 en cas de pandémie, par des contrats européens de réservation de capacité de production. Les livraisons peuvent être déclenchées dans un délai de quatre à six semaines après activation par la Commission européenne, sous réserve de la reconnaissance d'une situation pandémique par l'OMS ou l'Union européenne.

J'en viens à votre dernière question. La situation épidémiologique animale est indicative. Ce n'est pas nécessairement lié à la saison migratoire, car le virus est endémique chez les oiseaux sauvages. C'est la coexistence d'une saison intense en grippe aviaire et en grippe saisonnière en même temps qui génère un risque plus élevé. Voilà ma réponse.

11.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Merci pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56011429C de Mme Désir est reportée.

12 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le barème IFIC des assistants en soins infirmiers" (56011478C)**

12 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het IFIC-barema voor basisverpleegkundigen" (56011478C)**

12.01 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, de nombreux infirmiers et infirmières se sont mobilisés devant plusieurs hôpitaux wallons afin d'exprimer leur inquiétude face à l'intention de la Fédération Wallonie-Bruxelles de supprimer le brevet d'infirmier. Selon les professionnels mobilisés, cette réforme risque d'aggraver la pénurie en restreignant l'accès à la formation infirmière. Le brevet constitue aujourd'hui une voie d'entrée essentielle pour des étudiants qui ne disposent ni des moyens financiers ni des titres scolaires nécessaires pour entamer directement un bachelier en soins infirmiers. Le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles prévoit de remplacer le brevet par une nouvelle formation d'assistant en soins infirmiers. Toutefois, à moins de neuf mois de la prochaine rentrée académique, aucun texte réglementaire ne semble encore avoir été adopté, ce qui laisse subsister de nombreuses incertitudes, tant pour les futurs étudiants que pour les établissements de soins. Dans ce contexte, une question majeure relève directement du niveau fédéral: la classification IFIC et la rémunération future de ces assistants en soins infirmiers.

Monsieur le ministre, le gouvernement fédéral a-t-il déjà examiné la création d'une nouvelle fonction dans la nomenclature IFIC destinée aux futurs assistants en soins infirmiers? Si oui, à quel stade se trouvent les travaux et quelles sont les pistes envisagées? Pouvez-vous préciser quel barème IFIC pourrait s'appliquer à ces nouveaux professionnels de santé? Des simulations ou comparaisons avec les fonctions existantes ont-elles été réalisées? Les partenaires sociaux ont-ils été consultés sur l'intégration de cette nouvelle profession dans la classification IFIC? Si tel est le cas, quelles ont été leurs positions ou recommandations?

12.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** L'assistant en soins infirmiers est, comme vous le savez, un nouveau profil professionnel distinct de celui d'infirmier responsable en soins généraux. Il a été créé dans le cadre de la réforme de l'art infirmier afin d'apporter une réponse à la pénurie de personnel. C'est l'Institut de classification IFIC qui détermine la catégorie barémique de la fonction d'assistant en soins infirmiers. Le calcul de l'IFIC est fondé sur une pondération des fonctions sur la base de six critères objectifs traduisant le niveau de connaissance, de responsabilité, de complexité, de communication et de pénibilité contextuelle de chaque fonction. Une classification définitive ne pourra toutefois intervenir qu'une fois que la fonction est effectivement exercée sur le terrain, les premiers diplômés étant attendus en juin 2026. Il est vrai que certains commenceront en février de cette année, mais on attend le premier groupe important en juin.

Ces résultats techniques seront concertés et validés avec les partenaires sociaux en charge des accords paritaires sectoriels pour les secteurs de la santé, c'est-à-dire les fédérations patronales et syndicales. Des discussions sont néanmoins en cours en concertation avec ces partenaires sociaux.

Une solution transitoire est examinée avec les partenaires sociaux en matière de barème intermédiaire pour les assistants en soins infirmiers (ASI), dans l'attente d'une classification définitive. La durée de ce barème transitoire, en dehors de l'IFIC, doit tenir compte de l'entrée sur le marché du travail des premiers ASI en Flandre cette année, ainsi que du lancement de la formation d'ASI du côté francophone. Un accord est attendu d'ici la fin janvier concernant ce barème transitoire pour les ASI.

Une communication à ce sujet suivra.

12.03 **Ludivine Dedonder** (PS): Je vous remercie pour cette réponse. Nous allons attendre les informations complémentaires à la fin de ce mois.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 **Question de Frédéric Daerden à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nécessité d'un accord-cadre belgo-allemand" (56011184C)**

13 **Vraag van Frédéric Daerden aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De noodzaak van een kaderovereenkomst tussen België en Duitsland" (56011184C)**

13.01 **Frédéric Daerden** (PS): Monsieur le ministre, au cours des deux dernières années, les acteurs de la santé des espaces frontaliers belgo-allemands de la région de l'Eiffel ont déployé diverses initiatives pour répondre aux besoins de soins des patients résidant dans ces territoires ruraux. Des relations se sont nouées entre les structures de soins hospitalières de Saint-Vith et de Prüm, et des collaborations sont nées dans le domaine de l'imagerie médicale, de la gynécologie, de la maternité, de la pédiatrie pour répondre à l'urgence des besoins de soins des patients à proximité de leur lieu de vie.

Des travaux en commun avec les autorités du ministère de la Santé de la Rhénanie-Palatinat ont été entrepris entre les opérateurs des projets Interreg pour tenter de développer des dispositifs et des procédures assurant une garantie de qualité et de continuité des soins dans ce territoire frontalier, où la densité de population est faible et l'offre de soins lacunaire.

Par ailleurs, une initiative de mise sur pied d'un observatoire interrégional de la santé en Grande Région a été impulsée par l'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) et le ministère de la Santé de la Rhénanie-Palatinat à la suite des travaux du projet COSAN.

Compte tenu de tous ces éléments et des perspectives de développer dans le cadre du projet Interreg un territoire de santé transfrontalier dans cet espace pour faciliter l'accès aux soins de part et d'autre de la frontière sans obstacles administratifs ni financiers, une base légale de coopération sanitaire entre les deux pays est devenue indispensable.

Monsieur le ministre, des mesures ont-elles déjà été prises ou réfléchies afin de doter cet espace frontalier d'un accord-cadre de coopération entre l'Allemagne et la Belgique? Qu'en est-il? Existe-t-il un calendrier des démarches en cours? Avez-vous des contacts avec les acteurs de la Grande Région?

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Daerden, l'Ostbelgien-Regelung constitue aujourd'hui le principal instrument permettant aux assurés de la Communauté germanophone et des communes voisines d'accéder à des soins spécialisés en Allemagne avec remboursement, conformément au droit européen sur les soins transfrontaliers.

Un accord-cadre, à l'image de l'accord-cadre franco-belge de 2005 par exemple, structurant l'ensemble de la coopération sanitaire (l'accès, la continuité, le financement, la qualité, les transports d'urgence, etc.) est d'une toute autre nature ou ampleur. Cependant, une telle démarche n'est pas à l'étude, car cela implique une analyse profonde d'interfaces et de systèmes d'assurance maladie profondément différents, celui de la Belgique et celui de l'Allemagne. Cette complexité rend un cadre juridique global beaucoup plus difficile à mettre en place. C'est pourquoi, dans les discussions actuelles, la piste privilégiée n'est pas celle d'un accord-cadre mais plutôt celle de l'Ostbelgien-Regelung, complétée par des initiatives loco-régionales, les coopérations existantes dans la Grande Région (Sarre, Rhénanie-Palatinat, Luxembourg, Grand-Est) notamment via l'AVIQ où les projets Interreg comme REMOCOSAN permettront de compléter des liens opérationnels déjà existants.

Une actualisation ou révision de l'Ostbelgien-Regelung pourrait être envisagée si cela s'avère pertinent, mais cela devra d'abord s'organiser autour de contacts entre experts sur le sujet. Il est donc trop tôt pour parler d'engagement et de calendrier. Mais, si le besoin d'une coopération sécurisée et durable

est largement reconnu par ces experts avec des pistes concrètes, cela sera étudié au regard d'une meilleure prise en charge des flux réguliers de patients belges vers les hôpitaux allemands frontaliers, et vice versa.

13.03 Frédéric Daerden (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

J'espérais plus d'avancement dans le cadre des contacts entre les deux pays. Je comprends qu'il n'y ait pas de calendrier précis à ce moment, mais j'entends votre volonté, s'il y a un besoin, d'avancer en la matière.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'émergence d'animaux exotiques en Belgique et la formation des médecins aux risques associés" (56011497C)

14 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het toenemende aantal exotische dieren in België en de artsopleiding over de bijbehorende risico's" (56011497C)

14.01 Anthony Dufrane (MR): Madame la présidente, je profite de cette prise de parole pour vous demander de transformer ma question n°56012226C en question écrite.

La **présidente**: La question n° 56012226C de M. Dufrane est transformée en question écrite.

14.02 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le ministre, un cas récent de morsure d'araignée violoniste (Loxosceles rufescens) en province de Liège a révélé des lacunes dans la préparation et la prise en charge des morsures venimeuses en Belgique. La victime a développé des symptômes graves (nécrose cutanée, fièvre élevée, tachycardie, infarctus).*

Elle n'a pu obtenir, dans un premier temps, un sérum adapté, faute de traitement disponible en Belgique. Ce cas, qualifié de « patiente zéro » par son avocat, soulève des questions sur la présence croissante de ces araignées, la disponibilité des antidotes, et la formation des professionnels de santé. Inversement, les hôpitaux ou l'IMT ne prennent que peu au sérieux les alertes en prétextant qu'un tel animal ne vit pas sous nos latitudes.

Alors que les transports internationaux favorisent le déplacement d'espèces exotiques, il est essentiel d'évaluer les risques pour la population, les protocoles de prise en charge et les mesures de prévention.

Mes questions, monsieur le ministre, sont:

Combien de cas de morsures d'araignées violonistes ou d'autres espèces exotiques ont été recensés en Belgique ces dernières années, et quelles zones géographiques sont les plus touchées?

L'Institut de Médecine Tropicale ou le Centre antipoisons ont-ils enregistré une augmentation des signalements liés à ces araignées?

Combien d'interventions ou de consultations liées à des morsures d'araignées violonistes ont été réalisées en Belgique ces 5 dernières années? Quels protocoles sont actuellement appliqués pour identifier et traiter ces morsures?

Pourquoi la Belgique ne dispose-t-elle pas d'antidote contre le venin de Loxosceles, alors que cette espèce est désormais présente dans des régions « voisines » comme le sud de la France? Une évaluation est-elle en cours pour en stocker?

Quelles mesures sont prises pour former les médecins, les urgences hospitalières et les centres de soins à la reconnaissance et à la prise en charge des morsures d'araignées violonistes ou d'autres animaux exotiques venimeux?

Envisagez-vous de renforcer la surveillance épidémiologique des espèces exotiques? Comment comptez-vous améliorer la coordination entre les hôpitaux, le Centre Antipoisons et les institutions

spécialisées pour garantir une prise en charge rapide et adaptée des victimes de morsures venimeuses? Un protocole national pour la gestion de ces cas urgents est-il à l'étude?

14.03 Frank Vandenbroucke, ministre: À l'heure actuelle, il n'existe en Europe aucun antidote ou sérum spécifiquement reconnu et autorisé pour les morsures d'araignées du genre *Loxosceles*. Un anti-venin est utilisé au Brésil, mais celui-ci n'est pas disponible en routine sur le territoire européen.

Dans ce contexte et compte tenu de l'extrême rareté de ce type de cas en Belgique, il n'existe pas à ce jour de protocole national spécifique dédié à l'identification et à la prise en charge de ce type de morsure. Il convient toutefois de souligner que les professionnels de santé disposent de mécanismes de soutien et de concertation. En cas de suspicion de morsure venimeuse ou d'envenimation, les médecins peuvent à tout moment solliciter l'avis du Centre Antipoisons.

La prise en charge repose principalement sur un traitement symptomatique, conformément aux bonnes pratiques médicales générales applicables aux morsures d'insectes ou d'arachnides, comme le contrôle de la réaction inflammatoire, notamment par l'administration d'antihistaminiques, la prise en charge de la douleur, les soins locaux de la plaie tels que la désinfection et le refroidissement de la zone concernée, etc.

Enfin, la gestion des nuisibles relève d'une coopération entre les différents niveaux de pouvoir et les acteurs privés, chacun agissant dans le cadre de ses compétences spécifiques. Les régions, avec des organismes régionaux tels que Bruxelles-Environnement ou le Service public de Wallonie, sont notamment compétentes en matière de biodiversité, d'espèces protégées et de gestion des nuisances dans l'espace public régional.

14.04 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je ne les ai peut-être pas toutes obtenues, notamment en ce qui concerne la coordination entre les hôpitaux, le Centre Antipoisons et les institutions spécialisées.

Je note toutefois que l'accroissement du commerce et des importations, avec les transports qui y sont liés, est évidemment susceptible d'amener des espèces tropicales sur notre territoire, ce que nous constatons quotidiennement.

Outre les risques environnementaux, il est important de disposer d'un certain nombre d'anti-venins et de sérums. Je ne doute pas que la présence d'espèces dangereuses dans les pays limitrophes restera dans votre viseur ainsi que dans celui d'institutions comme l'Institut de Médecine Tropicale, et que vous agirez en conséquence afin d'aider les éventuelles futures victimes, même si j'espère qu'il n'y en aura pas.

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

15 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les fraudes à l'INAMI" (56011498C)

15 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De fraude ten nadele van het RIZIV" (56011498C)

15.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le ministre, les récentes affaires de fraudes à l'INAMI, comme celles impliquant l'infirmière et un pharmacien flamand, révèlent des failles dans le système de contrôle actuel. La situation est telle qu'il est relativement aisé d'entrer des rapports frauduleux dans le but d'obtenir des remboursements pour des soins non-prestés.*

Malgré des mécanismes de détection et des enquêtes menées depuis plusieurs années, certains fraudeurs parviennent à contourner les dispositifs et à prolonger leurs pratiques illégales, causant des préjudices financiers importants et sapant la confiance dans notre système de santé.

Ces cas soulignent la nécessité de renforcer les procédures de contrôle, d'accélérer les enquêtes, et d'adopter des mesures plus dissuasives pour protéger les finances publiques et la qualité des soins.

Mes questions, monsieur le ministre, sont:

Quelles sont les raisons principales expliquant le délai entre la détection des anomalies et l'aboutissement des procédures judiciaires ou administratives?

Comment comptez-vous réduire ces délais pour éviter que des fraudeurs ne puissent poursuivre leurs agissements pendant des années?

Quels sont les angles morts identifiés dans les mécanismes de contrôle actuels, notamment en ce qui concerne les facturations manuelles (comme celles exploitées par le pharmacien condamné) ou les prestations fictives?

Envisagez-vous de supprimer ou de mieux encadrer les exceptions techniques (comme l'encodage manuel) qui peuvent être détournées à des fins frauduleuses?

Quelle est l'ampleur réelle des fraudes à l'INAMI en 2025, et comment ces chiffres évoluent-ils par rapport aux années précédentes? Quelles sont les mesures concrètes prévues dans le plan antifraude en cours de finalisation?

Comment comptez-vous améliorer la collaboration entre l'INAMI, les mutuelles, l'auditorat du travail, et le parquet pour accélérer le traitement des dossiers et le recouvrement des montants détournés?

Des outils technologiques supplémentaires (comme l'intelligence artificielle pour analyser les données de facturation) sont-ils envisagés pour renforcer la détection des anomalies?

15.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Dufrane, ma réponse comprend de nombreux graphiques.

Pour l'année 2025, un montant de fraude de 4,3 millions d'euros a été constaté par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI. Il s'agit uniquement de la partie fraude et non de la détection d'autres prestations indûment facturées. Vous pouvez observer dans un graphique que je peux vous procurer, l'évolution ces dernières années de la part de la fraude par rapport à l'ensemble des infractions constatées. Cette part fluctue d'année en année. En 2024 et 2025, il s'agit d'une part minoritaire, mais quand même importante.

Entre-temps, le nouveau plan d'action en matière de contrôle des soins de santé a été finalisé et approuvé le 22 décembre 2025 par le Conseil général de l'INAMI ainsi que par le gouvernement. Il couvre une période de cinq ans, de 2026 à 2030 inclus. Ce plan d'action définit des priorités claires ainsi que des actions communes concrètes. Il met l'accent sur un partage des données plus efficace, l'évitement des doubles emplois, un accès plus rapide aux informations de facturation correctes et un renforcement de la coopération sur le terrain. Nous construisons ainsi un cadre de contrôle qui ne se limite pas à lutter contre la fraude, mais qui agit également de manière préventive et offre aux prestataires de soins et aux patients une meilleure clarté quant aux règles et aux attentes.

Les actions dans ce plan sont réparties par domaine de compétences. Pour l'INAMI, les organismes assureurs et l'Agence Intermutualiste (AIM), le plan comprend 28 actions auxquelles s'ajoute le nouveau dispositif VARAK. La Commission fédérale de contrôle VARAK est chargée de la mise en œuvre de six actions, tandis que l'AFMPS en assure huit. En outre, neuf actions conjointes visent à renforcer la synergie entre les différents services d'inspection.

Voici quelques exemples concernant les pharmaciens. Premier exemple, l'action 26: pour éviter de rembourser des médicaments alors que le patient ne répond pas aux conditions et que le prescripteur indique néanmoins la condition sur la prescription – par exemple, le médecin indique "trajet de soins: insuffisance rénale" –, on demande au pharmacien de vérifier le statut du patient dans MyCareNet MemberData.

15.03 **Anthony Dufrane** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses, et je remercie d'avance votre cabinet pour les graphiques qu'il me transmettra.

En effet, les procédures peuvent s'avérer longues et complexes lorsque les contrôles doivent être opérés par l'INAMI.

Au regard de l'annonce de votre plan de lutte contre la fraude et de vos initiatives législatives, je ne peux que vous féliciter. Je ne doute pas non plus que les simplifications qui seront mises en place afin de rendre l'Institut plus efficace permettront de combattre à l'avenir les abus qui grèvent les dépenses de l'État.

Un grand merci encore pour vos réponses, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 56011503C et 56011504C de Mme De Knop sont reportées.

16 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verpleegkundigetekort" (56011506C)

- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het rapport van het Rekenhof over het verplegingsaanbod" (56011812C)

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verslag van het Rekenhof inzake het verplegingsaanbod" (56011509C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De evaluatie van het Zorgpersoneelfonds door het Rekenhof" (56011520C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verpleegkundigetekort" (56012317C)

16 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie d'infirmiers" (56011506C)

- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport de la Cour des comptes sur l'offre infirmière" (56011812C)

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport de la Cour des comptes sur l'offre de soins infirmiers" (56011509C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évaluation du Fonds blouses blanches par la Cour des comptes" (56011520C)

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de personnel infirmier" (56012317C)

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, in het recentste verslag van het Rekenhof over het verplegingsaanbod blijkt dat het structurele tekort aan verpleegkundigen tegen 2046 fors zal toenemen. Ondanks de stijging van het aantal verpleegkundigen wordt een daling verwacht van de verpleegkundigendichtheid, door de vergrijzing, die een grotere zorgvraag met zich meebrengt. Om het tekort aan verpleegkundigen aan te pakken, formuleert het Rekenhof een aantal aanbevelingen. Daarover heb ik enkele vragen.

Er bestaat eigenlijk geen duidelijke opvolging van het aantal verpleegkundigen, wat het Rekenhof ook aangeeft. Bent u van plan om, zoals het Rekenhof suggereert, een register in te voeren van het aantal actieve verpleegkundigen en hun verdeling? Zo ja, welke timing voorziet u hiervoor? Zal er een toekomstprojectie worden gemaakt van het benodigde aantal verpleegkundigen per sector voor de komende jaren? Acht u het nuttig om zicht te krijgen op de tekorten aan verpleegkundigen per ziekenhuis? Zo ja, is dit iets waarvan u werk zult maken?

Vervolgens geeft het Rekenhof aan dat de maatregelen die in de loop van de jaren werden genomen om het aanbod aan verpleegkundigen te verhogen, niet worden opgevolgd met betrekking tot hun effectiviteit en impact. Dit lijkt mij een belangrijke bemerking. Zult u een methode uitwerken om dit alsnog te doen?

Een volgende vraag betreft het Zorgpersoneelfonds, dat enkele jaren geleden in het leven werd geroepen. Dat Zorgpersoneelfonds, met een bedrag van meer dan 400 miljoen euro per jaar, levert veel minder op dan initieel verwacht. Zo was het aantal verpleegkundigen in de ziekenhuizen eind 2022 slechts gestegen met netto 367 voltijdsequivalenten ten opzichte van 2018, waarvan een aanzienlijk deel uitzendkracht is. Die brengen bovendien grote extra kosten met zich mee voor de ziekenhuizen.

Hoe evalueert u zelf het Zorgpersoneelfonds? Op welke manier kan de evolutie naar de inzet van uitzendkrachten worden tegengegaan? Hoe plant u het aantal actieve verpleegkundigen alsnog op te krikken?

Mijn volgende reeks vragen gaat over hetzelfde onderwerp. Hebt u zicht op de stijging van deeltijdse arbeid of de verkorting van de werkweek bij verpleegkundigen sinds de introductie van het Zorgpersoneelfonds? Kunt u daarover cijfers geven, of worden die vandaag niet systematisch bijgehouden? Heeft er een bevraging plaatsgevonden bij verpleegkundigen over welke maatregelen voor hen het meest noodzakelijk zijn om het beroep aantrekkelijker te maken, zoals minder administratie, meer teaminspraak of een betere werkorganisatie? Als een dergelijke bevraging heeft plaatsgevonden, wat waren de belangrijkste conclusies? Zo niet, wordt een bevraging dan nog gepland?

Hebt u kennisgenomen van het KCE-rapport 353A, waarnaar ik al meerdere malen heb verwezen? Ik vind het een zeer interessant rapport, waaruit blijkt dat vooral de werkomgeving bepalend is voor de tevredenheid en het behoud van verpleegkundigen. Bent u het ermee eens dat de inzichten uit dat rapport breder toepasbaar zijn dan enkel voor de intensieve zorg?

Hebt u zicht op de verschillen in het verloop van verpleegkundig personeel tussen verschillende ziekenhuizen? Worden die verschillen systematisch opgevolgd en geanalyseerd, zodat men kan leren van ziekenhuizen waar het verloop beperkt is? Acht u het nuttig dat goede voorbeelden van ziekenhuizen met laag verloop actief worden gedeeld?

16.02 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mevrouw Gijbels heeft de aanleiding voor de vragen al geschetst. Ik kom dus onmiddellijk tot mijn vragen.

In uw beleidsnota stelt u dat de toekomstagenda voor werken in de zorg als leidraad zal dienen voor hervormingen tijdens de huidige legislatuur. U kondigde daarin onder meer aan dat er een onderzoek komt naar de verlenging van het gunstregime voor gepensioneerden die in de zorg blijven werken. Hoe is de stand van zaken en hoe sluit die maatregel aan bij de aanbevelingen van het Rekenhof? Zal de toekomstagenda worden bijgestuurd naar aanleiding van het rapport van het Rekenhof?

In uw beleidsverklaring kondigde u ook de oprichting van een dynamisch medisch kadaster aan om tekorten in de zorgberoepen en de geografische spreiding ervan beter te monitoren. Het Rekenhof beveelt aan dat het register zo snel mogelijk wordt ingevoerd, met bijzondere aandacht voor verpleegkundigen. Welke timing voorziet u voor de implementatie?

In antwoord op een vraag van mijn voorganger, mevrouw De Sutter, in april, meldde u dat elf Vlaamse hogescholen nieuwe opleidingen voor praktijkondersteuners voorbereiden. Wat is de stand van zaken daarin? Zijn die opleidingen dit academiejaar van start kunnen gaan? Hoe zullen die opleidingen bijdragen aan het wegwerken van gesignaleerde knelpunten?

U verkreeg ook eerder in 2025 een uitzondering op de beperking van de werkloosheid in de tijd voor personen die een zorgopleiding volgen of zich voor het einde van 2025 inschrijven. Over hoeveel personen gaat het? Is er sinds de aankondiging een stijging merkbaar in het aantal inschrijvingen voor de opleiding verpleegkunde? Bent u bereid de uitzondering uit te breiden, ook na januari 2026, voor mensen die een OKOT-opleiding verpleegkunde aanvatten? Welke andere maatregelen plant u om het tekort aan te pakken?

16.03 Minister Frank Vandenbroucke: Dat zijn veel vragen, en belangrijke vragen, mevrouw de voorzitter. Ik heb behoorlijk uitgebreide antwoorden. Ik zou dus willen voorstellen dat dat misschien mijn laatste vraag- en antwoordsessie is. Ik heb hier in totaal meer dan twintig vragen, maar gelukkig zijn mevrouw Eggermont en mevrouw De Knop er niet. Dat reduceert een en ander een beetje, maar

het is toch veel.

Op de algemene vraag hoe ik reageer op het rapport van het Rekenhof zijn wel wat nuances aan te brengen. Er is, ten eerste, natuurlijk de arbeidsmarktcontext. In Vlaanderen, Wallonië en Brussel is er een tekort aan verpleegkundigen. Uit de spanningsindicatoren van de VDAB in Vlaanderen voor verpleegkundigen en hoofdverpleegkundigen blijkt dat ze respectievelijk op 0,44 en 0,14 staan. Dat betekent dat er voor honderd vacatures maar 44 kandidaten zijn voor verpleegkundigen en 14 voor hoofdverpleegkundigen. Dus zelfs als het geld er is, zijn ze niet te vinden. Dat betekent dat, realistisch gesproken, niet kan worden verwacht dat het Zorgpersoneelfonds *as such* dat tekort wegwerkt.

Zelfs binnen die heel moeilijke context van schaarste aan aanbod is bij 62 % van de ziekenhuizen het aantal verpleegkundigen echter toch gestegen tussen 2018 en 2022. Dat is op zich veeleer positief en verdient nuancering. De doelstelling van het Zorgpersoneelfonds is echter ook nooit uitsluitend gericht op het aanwerven van verpleegkundigen, hoewel verpleegkundigen uiteraard een heel belangrijke actor en misschien zelfs de cruciale actor in de gezondheidszorg zijn. De doelstelling van het Zorgpersoneelfonds gaat ruimer en vertrekt van de ambitie om meer handen aan het bed van de patiënt te krijgen.

Het aantal voltijdsequivalenten voor andere categorieën van zorgpersoneel dan verpleegkundigen, in het bijzonder zorgkundigen en paramedisch personeel, is veel sterker gestegen. In 87 % van de ziekenhuizen is bijvoorbeeld meer paramedisch personeel aangeworven en in 71 % van de ziekenhuizen is het aantal zorgkundigen toegenomen.

Ook kan met de fondsen van het Zorgpersoneelfonds ondersteunend personeel worden aangeworven, dat administratieve, logistieke en andere taken uit het takenpakket van de verpleegkundigen neemt en zo meer zorgtijd mogelijk maakt.

Wat de evaluatie van het Zorgpersoneelfonds betreft, voorziet de wet niet in andere evaluaties dan die van 2019, 2020 en 2021. Een nieuwe evaluatie kan weliswaar nuttige inzichten opleveren, maar het is belangrijk om daarbij rekening te houden met de beschikbare gegevens, de reeds lopende analyses, zoals die van Be.well.pro – ik kom daar dadelijk nog op terug – en de nodige tijd om effecten correct te kunnen meten. De mogelijkheid en het geschikte tijdsplan voor een dergelijke evaluatie zullen in dat kader moeten worden bekeken.

De volgende vraag was of we zicht hebben op de opvolging. Wat betreft de actuele tekorten in het aantal verpleegkundigen is het praktijkregister momenteel al operationeel. Het wordt ook voortdurend verfijnd. Een van de doelstellingen van het register is de beroepsactiviteit en de geografische spreiding van zorgverleners, waaronder in het bijzonder verpleegkundigen, beter en actueler te kunnen opvolgen. De gegevens van het praktijkregister zullen in 2026 worden geanalyseerd en, als alles goed gaat, aan het einde van dit jaar online worden gepubliceerd via een dashboard. De verdere uitbreiding zal nadien stapsgewijs gebeuren in functie van datakwaliteit en beleidsnoden.

Wat betreft de toekomstige noden voor verpleegkundigen werden in april 2024 de meest recente prognoseresultaten gepubliceerd. Deze prognoses voor het jaar 2046 streven naar een optimaal aanbod van omkadering in alle sectoren en bepalen hoeveel verpleegkundigen nodig zullen zijn om dit voor elke sector te bereiken. De volgende update van deze scenario's is gepland in het operationeel plan van de Planningscommissie in 2027.

Dan kom ik tot de vraag hoe we deze situatie kunnen verbeteren en het aantal actieve verpleegkundigen kunnen verhogen. Om te beginnen is het belangrijk dat in de voorbije legislatuur een brede hervorming van het verpleegkundig beroep is opgestart. Dit ging onder meer over het volgende.

Ten eerste is er de invoering van twee nieuwe functies: de basisverpleegkundige en de verpleegkundige-specialist, om de loopbaanmogelijkheden uit te breiden en het beroep aantrekkelijker te maken.

Ten tweede gaat het over de herziening van de technische verstrekkingen en de toevertrouwde handelingen, zoals die zijn vastgelegd in een koninklijk besluit van 1990, evenals over een actualisering van de definitie van het verpleegkundig beroep zelf. Dat hebben we gedaan met de herschrijving van artikel 46 van de gecoördineerde wet van 10 mei 2015.

Ten derde ging het over de implementatie van wetgeving inzake wat we de bekwame helper en de activiteiten van het dagelijks leven noemen. Daardoor ontstaan meer delegatiemogelijkheden van handelingen, met delegatie door verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg aan mensen die geen dergelijk beroepsprofiel hebben, maar die wel een opleiding krijgen en een duidelijk omschreven verantwoordelijkheid dragen.

Ten slotte is er nog werk dat we zullen verrichten. We zullen uitvoeringsbesluiten nemen om het idee van flexibele samenwerking in een gestructureerd zorgteam concreet te maken. We zullen ook een hervorming doorvoeren van de specialisatietitels van verpleegkundigen verantwoordelijk voor algemene zorg. Dat betekent het beroep aantrekkelijker en interessanter maken, met meer doorstroommogelijkheden, meer autonomie en een betere taakverdeling. Dat vergroot op zich de capaciteit van de mensen die er zijn en moet het beroep ook aantrekkelijker maken om erin te stappen.

De derde vraag van mevrouw Gijbels is of we zicht hebben op de ziekenhuizen die het beter doen dan ander.? Ik denk niet dat er een centrale dataverzameling bestaat over het personeelsverloop op ziekenhuisniveau. Ik denk wel dat het zeer nuttig is om goede praktijken tussen Belgische ziekenhuizen actief te delen. De ervaring van het project Magnet4Europe, dat in België de filosofie van de Magnet-ziekenhuizen heeft geïntroduceerd, die gebaseerd is op verpleegkundig leiderschap, samenwerking, competentieontwikkeling, onderzoek en het verbeteren van de resultaten voor patiënten, toont aan dat die elementen een rechtstreekse invloed hebben op het behoud van personeel. Ook het federale project Florerende Ziekenhuizen, dat tot doel had verschillen in personeelsverloop te vergelijken en effectieve benaderingen om aantrekkelijke werkomgevingen te creëren te verspreiden, heeft goede praktijken geïdentificeerd. Die initiatieven tonen aan dat een gestructureerde uitwisseling van voorbeeldpraktijken essentieel is om de professionele autonomie te versterken en het behoud van verpleegkundig personeel te verbeteren.

Natuurlijk moeten we ervoor opletten dat we niet zomaar een-op-eenverbanden leggen tussen personeelsverloop en personeelsbeleid in een ziekenhuis. Er kunnen andere elementen meespelen, zoals de ligging van het ziekenhuis. In een groter ziekenhuis kunnen er meer carrièremogelijkheden zijn, zonder dat daarom het personeelsbeleid op zich beter is enzovoort.

Mijnheer Van Lysebettens, u vraagt hoeveel mensen de uitzondering genieten op de beperking in de werkloosheidsduur om een opleiding te kunnen volgen. Die vraag moet door mijn regionale collega's verantwoordelijk voor Onderwijs beantwoord worden.

Wat uw vragen betreft over het aantal mensen dat die mogelijke uitzondering in de werkloosheidsregeling geniet of over de eventuele plannen van onze federale regering, moet ik u doorverwijzen naar minister Clarinval.

U vroeg hoe het zit met die nieuwe opleidingen voor praktijkondersteuners. Ik veronderstel dat u de praktijkassistenten bedoelt, een nieuw zorgprofiel dat we in de vorige legislatuur hebben geïntroduceerd in de WUG-wet van 2023. Dat was belangrijk, met name voor de huisartsen, maar dat kan ook nuttig zijn voor de woonzorgcentra.

Op het Vlaamse niveau is men dat beginnen bekijken, maar tot mijn grote frustratie stel ik vast dat die opleiding tot praktijkassistent nog altijd niet is opgestart. Langs Vlaamse kant heeft dat te maken met de standstill voor nieuwe graduaatsopleidingen die werd ingesteld door de Vlaamse Hogescholenraad, volgens mij om de druk op te voeren in allerlei andere kwesties in de Vlaamse regering. Ik heb dat probleem al aangekaart bij mevrouw Demir. Wij moeten die opleiding tot praktijkassistent absoluut van de grond krijgen en ik hoop dat mevrouw Demir erin slaagt om die standstill op te heffen.

Het gunstregime voor gepensioneerden hebben we eerder al besproken. U weet dat we dat verlengd hebben en dat dat een groot effect heeft. Dat is heel positief. Het is goed dat mensen die graag nog een beetje doorwerken, dat met een voorspelbaar, eenvoudig en aantrekkelijk fiscaal statuut kunnen doen.

Mevrouw Gijbels, uit het KCE-rapport blijkt inderdaad dat de werkomgeving een belangrijke factor is voor de tevredenheid en het behoud van verpleegkundigen op de werkvloer in de intensieve zorgen. Het rapport concludeert namelijk dat een goede werkomgeving, met voldoende personeel, een

duidelijke taakverdeling, leiderschap en organisatorische ondersteuning, essentieel is om verpleegkundigen te behouden, maar ook de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Dat ligt in lijn met de antwoorden die we van de verpleegkundigen hebben gekregen op de nationale enquête Be.well.pro. We kunnen dat volgens mij inderdaad veralgemenen naar andere verpleegkundigen.

Het aantal uitzendkrachten is de laatste jaren inderdaad sterk gestegen. Het is jammer genoeg een realiteit dat ziekenhuizen niet op kunnen tegen de voordelen die uitzendkrachten aangeboden krijgen op financieel vlak, op het vlak van de keuze van arbeidstijd, op het vlak van autonomie, enzovoort. Het antwoord daarop is dubbel. We moeten echt inzetten op de aantrekkelijkheid van het beroep, in het bijzonder voor de verpleegkundigen, wat de retentie ten goede zal komen. Dat gaat over de waardering voor wat ze doen, maar ook over de werkomgeving, zoals zonet gezegd, en de jobinhoud. Ik denk dat we ook moeten proberen op te treden tegen het fenomeen waarbij zorgkundigen en verpleegkundigen zichzelf via een zelfstandig of een interimcontract opnieuw bij hun bestaande werkgever aanbieden, bijvoorbeeld via een niet-afwervingsbeding. We zullen eveneens de oneigenlijke inzet van *project sourcing* in de zorg bestrijden. Tegelijkertijd voeren we de defiscalisatie van de overuren in de zorg in.

U stelde ook een vraag over deeltijdse arbeid. De rapportering van het Zorgpersoneelfonds be vraagt de ziekenhuizen niet over de arbeidsduur. Ik heb helaas geen gegevens over de verhouding van voltijdse of deeltijdse equivalenten in het kader van het Zorgpersoneelfonds.

Heeft men de verpleegkundigen zelf be vraagd? Ja, er is een belangrijke, nationale bevraging geweest bij de professionals in de gezondheids- en welzijnssector, waaronder een grote groep verpleegkundigen. Dat was de Be.well.pro-studie. Die resultaten zijn in december gepresenteerd op een conferentie, georganiseerd door Sciensano en de FOD Volksgezondheid. Dat heeft toch wel een helder beeld gegeven. Ik verwijs naar de resultaten van de studie.

Het komt erop neer dat de verpleegkundigen een betere werkorganisatie vragen, minder werkdruk, naast erkenning en waardering. Het leiderschap moet aandacht hebben voor het welzijn en voor de balans tussen werken en privéleven. Ook administratieve ontlasting, meer inspraak in het team en mogelijkheden voor aangepast of anders ingericht werk komen duidelijk naar voren als factoren die de verpleegkundige zouden helpen om het beroep langer en met meer voldoening uit te oefenen.

We vinden het heel belangrijk dat die enquête uitgevoerd is. We bekijken de resultaten grondig en nemen die mee in het overleg dat we voeren ter voorbereiding van een komend sociaal akkoord.

Mevrouw Gijbels, u vroeg ook of wij een methode hebben om de effectiviteit en de impact van maatregelen te meten, een methode om echt causale verbanden te meten tussen individuele maatregelen en het aanbod van verpleegkundigen. Helaas, ik zou dat willen, maar we hebben dat eigenlijk niet. Ik denk dat de dynamiek van het beroep wordt beïnvloed door een hele reeks van factoren: door de arbeidsmarkt zelf, door de instroom uit de opleidingen en in de opleidingen, door afspraken die gemaakt zijn en door sectorale werkomstandigheden. We hebben eigenlijk niet echt een samenhangende, uniforme beleidsregistratie. Ik zou het willen, maar ik vrees dat we daarop niet echt een fijnmazig antwoord hebben.

16.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

U zegt dat we op basis van cijfers weten dat er zeer veel vacatures zijn, maar te weinig kandidaten, waardoor we eenvoudigweg niet voldoende personeel vinden. Dat klopt wellicht. Wanneer we echter weten dat meer dan 80.000 verpleegkundigen niet langer in de praktijk staan en ooit uit hun job zijn uitgestroomd, wellicht uit frustratie, dan denk ik dat we echt moeten inzetten op de werkomstandigheden. Zoals u zelf aangeeft, is dat van groot belang. We moeten daarop inzetten om die job opnieuw aantrekkelijk te maken.

Misschien kunnen we mensen inspireren om terug te keren naar de werkvloer, naar een job waarvoor ze ooit bewust hebben gekozen en waarvoor ze ooit gemotiveerd waren, maar die ze om welke reden dan ook hebben verlaten. Ik denk dat daar nog zeer veel potentieel ligt. Daarom is het zo belangrijk om aandacht te hebben voor bijvoorbeeld de studie van het Kenniscentrum over de arbeidsomstandigheden op intensieve zorgen, maar ook voor de vragenlijsten die bij verpleegkundigen zijn afgenomen. Er moet voldoende aandacht gaan, niet alleen naar de verloning van verpleegkundigen, maar ook naar hun werkomstandigheden.

Een verpleegkundige die voldoening haalt uit zijn of haar werk en een inhoudelijk interessante job kan uitoefenen, zal volgens mij aan de slag blijven. Dat verklaart volgens mij ook grotendeels het verschil in retentie van verpleegkundigen wanneer verschillende ziekenhuizen met elkaar worden vergeleken.

In dat verband rijst de vraag of het Zorgpersoneelfonds al dan niet geslaagd is. Het klopt uiteraard dat dat fonds niet uitsluitend dient om verpleegkundigen aan te trekken, maar ook ander zorgpersoneel. Wanneer men echter vaststelt dat het op het vlak van het aantal vacatures slechts een beperkte impact heeft gehad, terwijl er jaarlijks toch een aanzienlijke hoeveelheid geld voor worden uitgetrokken, roept dat bij mij vragen op over de effectiviteit ervan. Dat versterkt mij bovendien in de overtuiging dat we echt moeten inzetten op de jobinhoud en de werkomstandigheden.

Wat de verschuiving naar meer deeltijdse arbeid betreft, weet ik niet of u daarop bent ingegaan. Ik heb dat niet meteen gehoord en weet niet of we daar voldoende zicht op hebben. Het zou immers interessant zijn om te analyseren waarom meer deeltijdse arbeid niet direct heeft geleid tot een verhoging van het aantal gepresteerde werkuren.

Het is in elk geval een onderwerp waarover we wellicht nog vaker van gedachten zullen wisselen.

16.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik denk dat u de context goed schetst. Het is een uitdagende arbeidsmarkt voor meerdere beroepen, zeker en vast ook in de zorg. Het zal dus inderdaad zaak zijn om de omstandigheden waarin die mensen werken, interessanter en beter te maken. Elke piste is wat mij betreft het overwegen waard.

U hebt mij bovendien inspiratie gegeven voor mijn Vlaamse collega's. Eén zaak wil ik echter toch een beetje tegenspreken. U zegt dat de uitzondering op de beperking van de werkloosheidsuitkering in de tijd voor mensen die een opleiding volgen, bij een Vlaamse minister moet worden nagevraagd. Dat klopt bevoegdheidsmatig, maar het is natuurlijk wel een federale maatregel. Ik denk dat het interessant zou zijn voor de leden van de federale regering, maar ook van de Kamer, om te weten wat het effect daarvan is. Mocht blijken dat niemand zich inschrijft voor een bepaalde opleiding, dan kunnen we ons vragen stellen bij de effectiviteit ervan. In die zin volg ik dat het een bevoegdheid van de Vlaamse overheid is, maar het gevolg daarvan is wel richtinggevend voor het gevoerde beleid op het federale niveau. Ik zal er dan ook op terugkomen, hetzij bij u, hetzij bij minister Clarinval, eventueel met cijfers die we via het Vlaams Parlement krijgen, om te bekijken hoe we daarmee verder gaan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 08.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.08 uur.