

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 20 JANUARI 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 20 JANVIER 2026

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 09 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.09 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 **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De status van de kaderwet" (56010941C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken met betrekking tot de kaderwet" (56012255C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ereloonsupplementen en de kaderwet" (56012619C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kaderwet en de evenredigheidstoets" (56011621C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken met betrekking tot de kaderwet" (56012628C)

01 **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement de la loi-cadre" (56010941C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement de la loi-cadre" (56012255C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les suppléments d'honoraires et la loi-cadre" (56012619C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi-cadre et le contrôle de proportionnalité" (56011621C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement de la loi-cadre" (56012628C)

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, er is al heel wat commotie geweest over de kaderwet. Ondertussen zijn er de adviezen van de Raad van State en van de GBA. Er blijken nog wat haken en ogen te zijn met betrekking tot de uitvoerbaarheid van de wet en er zijn nog ingrepen en verduidelijkingen nodig. Zo zou het wetsontwerp moeten worden opgesplitst in twee aparte wetsontwerpen. Ook wordt er omstandig ingegaan op de proportionaliteit van supplementenplafonds die door de Raad van State niet helemaal kan worden ingeschat. Er wordt dan ook aangegeven dat er best in het dispositief wordt opgenomen dat de maatregel alleen bedoeld kan zijn om excessen in de tariefpraktijken tegen te gaan, wat bovendien ook gebaseerd moet zijn op concreet cijfermateriaal.

Het is alleszins van groot belang dat er een objectivering komt van de kosten van behandelingen in de verschillende disciplines, zodat er een correct tarief op kan worden gekleefd en een aanvaardbare marge kan worden vastgelegd. Die noodzakelijke oefening is wellicht niet evident voor de beroepsorganisaties, aangezien het een enorm scala aan behandelingen en nomenclaturen betreft, maar ze is wel noodzakelijk om vervolgens een supplementenplafond te kunnen motiveren.

Aangezien de verschillende sectoren tegen 31 juli 2027 voorstellen van supplementenplafonds moeten

aanleveren, wil ik u de volgende vragen stellen. Kunt u aangeven in welke fase de nomenclatuurhervorming voor de verschillende beroepen in de zorg en disciplines in kwestie zich bevindt? Zal de nomenclatuurhervorming afgerond zijn voor de deadline van 31 juli 2027? Wat als de nomenclatuurhervorming tegen dan nog niet is afgerond? Wat is uw reactie op de adviezen van de Raad van State en de GBA? Zal aan de verschillende opmerkingen worden tegemoetgekomen?

Ik heb nog een bijkomende vraag over de reactie van de zorgverstrekkers die hun standpunt over de kaderwet kenbaar hebben gemaakt via de evenredigheidstoets. Hoeveel reacties kwamen er vanwege de zorgverstrekkers? Kunt u die eventueel opsplitsen per beroepsgroep? Kan er eventueel al een overzicht worden gegeven van de strekking van de standpunten? Op welke aspecten kwam er het meeste feedback? Wat is het vervolgtraject van de wetgeving? Ten slotte, in welke mate wordt er rekening gehouden met de reacties van de zorgverstrekkers?

01.02 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de voorbije maanden geraakte uw zogenoemde kaderwet telkens opnieuw verstrikt in zware juridische en procedurele kritiek. In de gespecialiseerde pers werd het advies van de Raad van State omschreven als bijzonder scherp, net omdat het ontwerp volgens die berichtgeving tegelijk botst met hogere normen en omdat fundamentele vereisten vooraf niet correct zouden zijn afgetoetst.

In datzelfde advies wijst de Raad van State er bovendien expliciet op dat bepaalde kernmaatregelen, zoals het algemeen plafonneren van ereloonsupplementen en de sancties inzake het RIZIV-nummer onder de Europese proportionaliteitsrichtlijn vallen en dat volgens hetzelfde advies de evenredigheidstoets ex ante op dat moment nog niet was uitgevoerd.

Daarbovenop kwam de GBA met een negatief advies over een deel van uw kaderwet. De GBA waarschuwt onder meer voor een problematische delegatie van de normatieve bevoegdheid, vraagt dat bepaalde bepalingen worden herzien en legt tegelijk de vinger op de gevoeligheid van de publicatie en verwerking van persoonsgegevens.

Tot slot blijkt uit de commissiebespreking van 19 november 2025 dat u toen nog aangaf dat de kaderwet toen naar de GBA was verstuurd en dat u niet meteen kon duiden wat de stand van zaken was bij de Raad van State. Dat roept natuurlijk vragen op over de transparantie, de timing en de interne opvolging van zulke cruciale adviezen. Mijn vragen zijn dan ook de volgende.

Wat is vandaag, begin 2026, de stand van zaken? Waar staat de herwerking en wanneer krijgt het Parlement inzage? Een bijkomende vraag, wat is er gebeurd, of wat zal er gebeuren, met de reacties van de artsenverenigingen of van andere belangenverenigingen aangaande deze wet?

01.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, de actualiteit van het thema wordt versterkt doordat het Intermutualistisch Agentschap nieuwe cijfers heeft uitgebracht over de kosten die patiënten betalen bij een ziekenhuisopname. We zien opnieuw een stijging. We wisten dat de ereloonsupplementen een groot probleem zijn en we zien dat de kosten blijven oplopen. In 2024 betaalden patiënten 1,2 miljard euro uit eigen zak. De ereloonsupplementen vormen daarvan een belangrijk onderdeel en zijn met 9 % gestegen ten opzichte van het jaar voordien. We zien dat ze jaar na jaar stijgen. Patiënten in België betalen dus een heel groot deel van de zorg uit eigen zak.

De mutualiteiten hebben daar ook al op gereageerd en gesteld dat het eigenlijk niet kan dat patiënten opdraaien voor de chronische onderfinanciering van de ziekenhuizen. Ze hebben ook de bezorgdheid geuit dat patiënten op voorhand niet goed weten hoeveel alles zal kosten en hoeveel ze zullen moeten opleggen, wat ertoe leidt dat de zorg wordt uitgesteld.

Toen ik aan mijn opleiding begon en aan een patiënt vertelde dat die moest worden opgenomen, was de bezorgdheid vooral de ernst van de aandoening en of die goed zou genezen. Tegen het einde van mijn werk op de spoeddienst, voordat ik Kamerlid werd, was de vraag meestal hoeveel het zou kosten, of het wel echt nodig was, of men niet naar huis kon en of men wel echt geopereerd moest worden. Mensen liggen dus evenveel wakker van de financiële kosten als van het gezondheidsprobleem zelf.

CM heeft voorgesteld om de ereloonsupplementen af te schaffen. Ik ben benieuwd of u daarin ook de oplossing ziet.

Rond de kaderwet ligt er een voorstel op tafel om de ereloonsupplementen te beperken. Dat is na veel protest op de lange baan geschoven. Nu is het de bedoeling dat er tegen midden 2027 voorstellen komen. In het andere geval zal de regering ingrijpen.

Kan ik een stand van zaken krijgen over de voortgang van het overleg en over welke concrete mijlpalen in 2026 en 2027 moeten worden gehaald?

Als de voorstellen niet goed zijn, is er dan al consensus over de kwestie in de ministerraad? We horen immers een aantal regeringspartijen warm en koud blazen over de manier waarop een en ander eventueel kan landen.

01.04 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, zoals collega's al hebben aangekaart, zijn er blijkbaar heel wat klachten binnengekomen bij het RIZIV. Het zou gaan om meer dan 6.500 klachten over de evenredigheidstoets. Daarin worden verschillende pijnpunten aangehaald, dezelfde als deze die aanleiding gaven tot de artsenstaking. Het gaat voornamelijk over de beperking van de ereloonsupplementen en alles wat daarbij hoort, maar, belangrijk, het gaat ook over de beeldvorming over artsen, die worden weggezet als graaiers en profiteurs. Dat is een beeld dat sommige Vooruitfiguren, en misschien zelfs ook u, mijnheer de minister, graag verspreiden.

De beperking van de honorariumsupplementen zou mogelijk ingaan zonder duidelijkheid over de herijking van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. We hebben al herhaaldelijk aangekaart dat die hervormingen moeten samengaan en dat het niet netjes is om de ereloonsupplementen aan te pakken voordat u de rest van de hervormingen aanpakt. Uit een studie waarvan we eind vorige week kennis konden nemen, blijkt dat het aandeel van de ziekenhuisfinanciering vanuit de overheid slechts 35 % bedraagt. De ziekenhuizen hebben andere bronnen van inkomsten daarom wel degelijk nodig.

Natuurlijk blijft de grote discussie ook gaan over de mate waarin artsen worden herleid tot uitvoerders van zorg, bepaald door de overheid, en over de schorsing van de RIZIV-nummers.

We vernemen dat de Raad van State en de Gegevensbeschermingsautoriteit ondertussen adviezen hebben uitgebracht met heel wat opmerkingen.

Mijnheer de minister, zult u rekening houden met de opmerkingen die in de mails bij het RIZIV in het kader van de evenredigheidstoets zijn binnengekomen? Kunt u ons een concrete en juiste stand van zaken geven van de kaderwet, alsook wanneer we die mogen verwachten in het Parlement? Hoe groot zullen de aanpassingen aan de kaderwet zijn als gevolg van de opmerkingen van de Raad van State en de Gegevensbeschermingsautoriteit?

We horen hier ook opnieuw kritische vragen van collega Gijbels, die absoluut vindt dat we over de kaderwet nog niet zijn uitgediscussieerd. Het is daarom ook een logische vraag of u met de coalitiepartners wel op één lijn zit wat de binnengekomen opmerkingen op de kaderwet betreft.

Het pijnpunt blijft uiteraard de grote ontevredenheid bij artsen in het werkveld. In welke mate bent u bereid om hen tegemoet te komen in dit dossier en ervoor te zorgen dat de sociale dialoog wordt hersteld?

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik verwacht dat we heel binnenkort het ontwerp van kaderwet zullen kunnen bespreken. Ik wil dus niet te veel vooruitlopen op die bespreking.

Zoals u zei, hebben we ondertussen het advies van de Raad van State ontvangen, evenals adviezen van de Gegevensbeschermingsautoriteit. We hebben ook ruim 6.000 reacties ontvangen in het kader van de proportionaliteitstoets. Het is vanzelfsprekend dat na een eerste lezing in de ministerraad een wetsontwerp tijdens de tweede lezing wordt aangepast aan de adviezen die werden gevraagd. Bij elk ontwerp zijn er in meer of mindere mate opmerkingen.

Dat is ook de reden waarom het voorontwerp, de ontvangen adviezen en het uiteindelijk aangepaste ontwerp deel uitmaken van de stukken die u zult ontvangen bij de indiening in het Parlement. U kunt dan in detail lezen wat het eerste stuk was, wat de reactie van de Raad van State was, hoe we daarop hebben gereageerd en hoe het ontwerp er in tweede lezing uitziet.

Ik kan wel enkele zaken toelichten, omdat de vraag gesteld wordt, maar zonder exhaustief te zijn. We kunnen er binnenkort over discussiëren met de tekst in de hand.

Er was vooreerst een vormelijke bedenking van de Raad van State. Het ontwerp werd in twee delen gesplitst, omdat de bepalingen met betrekking tot sanctiemogelijkheden van de colleges van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) volgens ons bestel optioneel bicameraal behandeld moeten worden. Dat wil zeggen dat de Senaat de mogelijkheid moet hebben om dat te evoceren. Het is dan ook aangewezen dat het ontwerp op die basis in twee delen wordt gesplitst. Dat hebben we gedaan.

Ten tweede hebben we een proportionaliteitstoets uitgevoerd. Ik zal daar dadelijk meer over zeggen. Dat hangt inderdaad ook samen met het advies van de Raad van State. Dat betreft het vormelijke aspect.

Inhoudelijk heeft de Raad van State ons verzocht om op verschillende punten omstandiger te motiveren waarom bepaalde bepalingen zijn opgenomen. De Raad van State deed enkele zeer waardevolle suggesties, bijvoorbeeld over de ereloonsupplementen, de publicatie van sancties ten aanzien van verstrekkers – dat kwam eigenlijk vanuit de Gegevensbeschermingsautoriteit – en over de contouren van een partiële conventie. De Gegevensbeschermingsautoriteit gaf zeer zinvolle suggesties met betrekking tot het luik over het IMA (Intermutualistisch Agentschap), waardoor we ook dat grondig konden herwerken.

Er zijn ook bijkomende vragen gesteld over de supplementen. Het vastleggen van plafonds voor supplementen op medische prestaties moet worden bekeken parallel met de hervorming van de nomenclatuur van medische prestaties en de officiële tarieven zelf. Die hervorming bevindt zich momenteel in een technische uitwerkingsfase. Er zal worden gesproken over een professioneel gedeelte en een kostendekkend gedeelte. Zodra dat technisch is uitgewerkt, volgt, zoals in het regeerakkoord staat, overleg met alle stakeholders, in het bijzonder de partners in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Ik hoop dat dat overleg constructief zal verlopen en zal uitmonden in een akkoord. Voor de supplementen hebben we ook een datum vastgelegd.

We hebben afgesproken dat er voorstellen moeten zijn, onderhandeld binnen de verschillende commissies van het RIZIV – dat kunnen fijnmazige voorstellen zijn – tegen 31 juli. Ik wil niet vooruitlopen op een scenario waarin die hervorming niet afgeklopt raakt. De regering heeft gezegd dat zij dan zal beslissen, maar dat vind ik absoluut een *second-best scenario*.

Om uw nieuwsgierigheid te prikkelen, kan ik al zeggen dat het advies van de Raad van State over de supplementen interessant is om te lezen. De Raad van State gaat daar uitvoerig op in en maakt een alomvattende analyse, verwijzend naar eerdere uitspraken van het Grondwettelijk Hof. Het Grondwettelijk Hof is gevat door rechtszaken over het verbod op supplementen in meerpersoonsskamers en bij verhoogde tegemoetkoming.

Het advies verwijst naar artikel 23 van de Grondwet, Europese regelgeving over het vrij verkeer, de vrijheid van dienstverlening, de vrije vestiging, het recht op arbeid, het recht op billijke arbeidsvoorwaarden, de vrijheid van ondernemen, het gelijkheidsbeginsel en de deontologie. Dat is echt heel interessante literatuur die ik iedereen kan aanraden.

Er zijn ondertussen inderdaad gegevens bijgekomen, mevrouw Eggermont. De IMA-barometer is op zichzelf niet verrassend, want dat is een jaarlijks terugkerend rapport, maar die bevestigt natuurlijk wel dat er een kader nodig is voor die ereloonsupplementen. De spreiding is enorm tussen artsen, tussen disciplines, maar ook tussen individuele artsen en tussen ziekenhuizen. Het rapport zegt dat 10 % van de artsen verantwoordelijk is voor 43 % van de ereloonsupplementen. Er zijn excessen, er is ook veel variatie en ik denk dat mensen dat niet begrijpen. Ook wij krijgen op ons niveau geen enkele uitleg – ondanks herhaalde vragen – over de reden waarom bepaalde ziekenhuizen zoveel meer supplementen aanrekenen dan andere.

Een kader is met andere woorden nodig. De vraag aan alle organisaties van zorgverleners en mutualiteiten is om samen dat kader concreet uit te werken, tegen medio 2027. Dat is nodig om vele redenen, bijvoorbeeld om de hervorming van de nomenclatuur zin te geven, want als men over de officiële tarieven begint te onderhandelen terwijl men niet weet of die echt nog een spil zijn in wat

patiënten feitelijk moeten betalen, dan is het onduidelijk waarom men daar eigenlijk nog over onderhandelt. Dat zou het geval kunnen zijn als de officiële tarieven een steeds kleinere rol spelen, omdat men los van de officiële tarieven eigenlijk eender wat kan doen, en hier en daar een kleine minderheid ook excessieve supplementen toevoegt.

Dat is echt wel één beweging die moet gebeuren. Dat betekent dat we naast belangrijke investeringen in de gezondheidszorg ook hervormen, met de bedoeling de zorg betaalbaar en toegankelijk te houden. Gemakkelijk is dat niet, dat roept veel discussie op. Ik zal mij niet neerleggen bij weerstand die ertoe leidt dat we uiteindelijk moeten zeggen dat het systeem onhoudbaar is en overgenomen zou moeten worden door private verzekeraars zoals in de Verenigde Staten. Dat zou ertoe bijdragen dat zorg voor gewone mensen die niet bijkomend zijn verzekerd, onbetaalbaar wordt. Ik denk dat we hier in dit land een andere keuze moeten maken.

Ik kom tot de proportionaliteitstest. Er zijn ruim 6.500 reacties ontvangen binnen de gestelde termijn. De overgrote meerderheid is afkomstig van huisartsen en arts-specialisten. Die vormen samen ongeveer twee derde van alle reacties. Ook de tandartsen hebben met 10 % substantieel gereageerd. De reacties van apothekers, verpleegkundigen en klinische therapeuten vormen een bescheiden deel van enkele procenten per groep. Andere beroepscategorieën zoals klinisch psychologen, orthopedagogen, logopedisten, ziekenhuisdirecties en anderen, gaven relatief een nog kleiner aantal reacties. Er is een restcategorie 'overigen'. Dat zijn reacties die niet toegeschreven kunnen worden aan één van de bovengenoemde groepen. Soms hebben zorgverleners hun beroep niet vermeld. Er zijn ook patiënten en burgers die zich uitspraken. Dat vormt samen de overige ongeveer 10 % van de inzendingen.

Uit een thematische clustering van alle geregistreerde reacties kwamen zeven hoofdthema's naar voren. Die werden telkens door een aanzienlijk aantal respondenten aangehaald: de hervorming van de begrotings- en overlegstructuren, de conventionering, de plafonnering van ereloon-supplementen, de uitbreiding van handavingsbevoegdheden, de koppeling van persoonsgegevens en privacyzorgen, de gewijzigde rol van de ziekenfondsen en de idee dat de zogenaamde richttarieven beperkt worden tot geconventioneerde zorgverleners.

Al die thema's zijn al zeer grondig besproken tijdens negen overlegrondes die ik met de artsen- en tandartsensyndicaten en ziekenfondsen had. In dat overleg werd het voorontwerp reeds grondig bijgestuurd. Zo ligt het initiatief om een akkoord te vinden over supplementen eigenlijk bij de organisaties zelf en kunnen zij daarover onderhandelen. Daarnaast blijft ook de gedeeltelijke conventionering, dat volgens mij een onvermijdelijk ontransparant systeem is, behouden.

Er werd verduidelijkt dat het schorsen van RIZIV-nummers louter en alleen betrekking heeft op zware fraude en dat die juridische procedure onafhankelijk gebeurt van de leidende ambtenaren van het RIZIV of de minister. Er moet een goed onderscheid worden gemaakt tussen premies die dienen voor kwaliteit en andere premies. Dat komt terug in de proportionaliteitstoets, maar dat is al zeer grondig besproken en ook aangepast tijdens het overleg.

We zullen dat binnenkort gedetailleerd en uitgebreid in de Kamer kunnen bespreken. Ik hoop dat we daarvoor een politieke meerderheid zullen vinden, maar ook dat we een goed vervolg aan het overlegmodel zullen kunnen breien.

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

Dat hervormingen noodzakelijk zijn, daarmee zijn we het volledig eens. Dat het regeerakkoord moet worden uitgevoerd, daarmee zijn wij het ook roerend eens, misschien tot uw teleurstelling, mevrouw De Knop.

Dat ingrijpende hervormingen moeilijk zijn, daarvoor hebben we alle begrip. Dat het bij de zorgsector voor onrust zorgt, snappen we heel goed. In die zin is het belangrijk dat de concrete uitwerking voor een groot deel bij de zorgverstrekkers zelf komt te liggen. Het is ook belangrijk dat er een link met de nomenclatuurhervorming wordt gemaakt, om de tarieven beter op de werkelijke kosten te kunnen afstemmen. Het is ook goed dat de voorstellen die worden aangedragen onderbouwd moeten zijn. Het is zo dat er voor het eerst in heel veel jaren opnieuw naar de kosten van de behandelingen wordt gekeken.

Dat de excessen eruit moeten, daarmee zijn we het ook helemaal eens. Het is heel goed dat er door de Raad van State en de GBA meer verduidelijking is gevraagd. Dat moet zorgen voor een kleinere interpretatiemarge. Het moet ook zorgen voor iets meer vertrouwen van de zorgsector in dit wetsontwerp. Ik heb immers vernomen dat er wel degelijk is ingegaan op de opmerkingen die zijn gemaakt.

We kijken vol vertrouwen uit naar de aangepaste versie van de kaderwet. Natuurlijk kijken we ook uit naar het parlementaire debat.

01.07 Dominiek Snel (VB): Dank u wel, mijnheer de minister, omdat u toch enig overzicht gegeven hebt. U zei dat er ruim 6.000 reacties kwamen van zorgverstrekkers en dat zowel de Raad van State als de GBA zinvolle suggesties gaven. Dat bevestigt natuurlijk vooral dat uw kaderwet niet rijp was en juridisch zeer wankel stond. Gelukkig hebben de zorgverstrekkers op tijd kunnen reageren en dat ook met velen gedaan.

Bovendien erkent u dat het plafonneren van de ereloonsupplementen niet los gezien kan worden van de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. Daarom stel ik me de vraag waarom u dat allemaal via uw kaderwet probeert vooruit te duwen zonder dat het totaalplaatje eerst afgewerkt is en aan het Parlement voorgelegd is.

Zeven thema's komen naar voren in de reacties. U zegt dat u er herhaaldelijk overleg over gehad hebt. Nochtans horen we voortdurend andere signalen vanop de werkvloer vanwege de belangenverenigingen. Ik blijf herhalen dat één van de twee liegt of een vreemde interpretatie geeft aan wat overleg is. Ik doe geen suggesties.

Een exacte timing krijgen we niet. U blijft wat vaag. Het zal binnenkort naar het Parlement komen. Het is mij niet volledig duidelijk wat u precies onder 'binnenkort' verstaat, maar we zijn dus in blijde verwachting van uw kaderwet. Het is sowieso duidelijk dat hij er zal komen, zij het met de minimale verplichte aanpassingen. U zult die kaderwet toch doorduwen, los van de andere grote werven van uw beleid, los van de ziekenhuisfinanciering, los van de nomenclatuurreformering.

We zijn echt benieuwd hoe uw kaderwet er echt zal uitzien. We zullen hem uiteraard met een kritisch oog bekijken als hij ooit op onze tafel komt.

01.08 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

U hebt al aangegeven dat de discussie over de ereloonsupplementen samen moet worden gezien met de hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Daar staan wij helemaal achter, net als achter het idee om de sector grondig en degelijk te bevragen om tot een dergelijke herziening te komen. In die zin steunen we absoluut de oefening die nu gebeurt.

Wel stel ik een contrast vast tussen de lange tijd – namelijk anderhalf jaar – die daarvoor wordt genomen en het feit dat patiënten ondertussen worden geconfronteerd met heel hoge en niet te verantwoorden facturen. Dat contrasteert ook met de snelheid waarmee bijvoorbeeld de verhoging van de medicatieprijzen door het Parlement is gejaagd. Er is niet echt een cultuur van grondig debat en het betrekken van de sector. Als het erom gaat de mensen te laten betalen, gaat het snel, maar als het erom gaat de facturen van de patiënten aan te pakken, wordt een en ander op de lange baan geschoven. Daarom is het opvallend dat daar een heel ander tempo achter zit en dat is jammer voor een socialistisch minister.

01.09 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik ben erg op mijn honger gebleven bij uw antwoord. U hebt vooral de procedure herhaald en opgemerkt dat er adviezen zijn. Eigenlijk hebt u in uw antwoorden alle elementen hernomen die al in onze vragen zaten. Op die manier neemt u het Parlement niet ernstig, vind ik. U hebt niet aangegeven wanneer de kaderwet naar het Parlement komt, behalve dat dat binnenkort zal zijn. U hebt niet geantwoord op de inhoudelijke vragen, namelijk welke opmerkingen van het RIZIV u zult meenemen.

Er heeft al een eerste lezing plaatsgevonden. Dat is ons bekend. We weten ook dat er IKW's zijn samengekomen en dat er een tweede lezing komt waarin bijstellingen worden gevraagd.

We zouden in het Parlement dus graag weten welke de knelpunten nog zijn. We weten immers dat zodra de wettekst naar het Parlement komt, de meerderheid dat op alle mogelijke manieren heeft bekeken en daarover heeft gewaarschuwd en gedeald. Wij kunnen er dan alleen nog kennis van nemen en het ontwerp hier door de mangel halen om er finaal over te stemmen.

Ik meen ook te hebben begrepen dat die 6.500 klachten helemaal nog niet doorgenomen zijn, maar dat u wel al voortgaat met de nadere inhoudelijke invulling.

Kortom, dat vind ik een Parlement onwaardig. Vier of vijf Kamerleden, van meerderheid en oppositie, stellen u vragen, maar u slaagt erin om geen enkel antwoord te geven. *Il faut le faire*.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La maternité de Lobbes" (56011387C)

02 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kraamkliniek in Lobbes" (56011387C)

02.01 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, le groupe hospitalier Helora a annoncé la fermeture définitive de la maternité de l'hôpital de Lobbes, effective au 15 janvier 2026. Cette décision, justifiée par une baisse de la natalité et des difficultés de recrutement médical, concernera 24 membres du personnel et impactera directement les familles de tout le Sud-Hainaut, déjà touchées par les récentes fermetures des maternités de Chimay et de Vésale.

Cette fermeture suscite de vives inquiétudes locales, tant du côté des travailleuses et travailleurs que des autorités communales et des usagers du service. Les syndicats pointent notamment:

- le risque accru de désert médical dans une région déjà fragile sur le plan de l'accès aux soins;
- les distances supplémentaires que devront parcourir les patientes pour accoucher, souvent dans des conditions d'urgence;
- et la nécessité d'un accompagnement humain et professionnel des équipes concernées.

Dans un contexte où la Wallonie ambitionne de garantir une proximité des soins et une égalité territoriale d'accès à la santé, cette fermeture interroge profondément.

Monsieur le ministre, comment votre cabinet évalue-t-il l'impact territorial de cette fermeture sur l'accès aux soins obstétricaux dans le Sud-Hainaut?

Quelles mesures de coordination ou de soutien sont envisagées, en concertation avec Helora et les autorités locales, pour préserver un suivi périnatal de proximité (consultations prénatales, post-partum, accompagnement sage-femme, etc.)?

Le gouvernement wallon prévoit-il une réflexion stratégique régionale sur la répartition des maternités et des services d'urgence afin d'éviter une aggravation du désert médical dans les zones rurales?

Enfin, quelles garanties concrètes peuvent être apportées quant au reclassement et à l'accompagnement professionnel des 24 membres du personnel de la maternité de Lobbes?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Schlitz, la fermeture d'un service de maternité suscite toujours des réactions, parfois émotionnelles, ce qui est parfaitement compréhensible. Je tiens toutefois à rappeler que les choix de gestion relèvent de la responsabilité des hôpitaux, tandis que les reconnaissances et l'offre de soins relèvent de la compétence du ministre de la communauté concernée.

Dans une logique d'utilisation optimale des ressources, il est évident que lorsqu'un service n'atteint plus un certain niveau d'activité, il représente une charge importante pour l'institution. Pour les maternités, cette évolution doit être analysée à la lumière de la baisse du nombre de naissances.

Je comprends que l'hôpital a mis en place des mesures d'accompagnement, en concertation avec les

autorités locales, afin de préserver un suivi périnatal de proximité. Les futures mamans actuellement suivies sont redirigées, depuis le 15 janvier, vers les deux autres maternités du groupe, à savoir le site Jolimont à La Louvière et le site Kennedy à Mons, si elles le souhaitent, où elles pourront poursuivre leur suivi sereinement. Les consultations prénatales et postpartum continueront d'être assurées sur le site de Lobbes, avec le concours des sages-femmes pour un accompagnement de terrain. Seuls les accouchements sont redirigés vers les maternités voisines du groupe Helora, c'est-à-dire les hôpitaux de Jolimont à La Louvière et de Mons (site Kennedy). Même en cas d'urgence obstétricale, l'hôpital de Lobbes assurera la prise en charge initiale de la patiente, puis son transfert vers une autre maternité équipée. Ces dispositions atténuent l'impact pour les patientes et garantissent la continuité des soins dans la région. Je cite ici les éléments communiqués par les autorités qui ont pris cette décision. Ce n'est pas de ma responsabilité directe, et je n'ai pas de raison de mettre en doute les informations qui ont été fournies.

La question de la répartition des maternités et des services d'urgence fait l'objet d'une réflexion stratégique à l'échelle régionale. Il convient de rappeler qu'aucune norme fédérale n'impose la fermeture automatique d'une maternité en dessous d'un certain volume d'accouchements. Le seuil minimal légal est actuellement fixé à 400 accouchements par an, mais ce sont les entités fédérées (régions) qui doivent en tirer les conclusions et décider d'une éventuelle fermeture lorsqu'un service se situe en dessous de ce seuil. En pratique, cela ne se fait pas de donner des agréments *sine die*, ils sont accordés au cas par cas. Il ne s'agit donc pas d'une décision relevant du niveau fédéral, même s'il existe une législation qui fixe un seuil.

Le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) recommande un volume de 557 accouchements par an pour une efficacité optimale, particulièrement en ce qui concerne la mise à disposition et la valorisation réelle du personnel. Mais il s'agit d'une recommandation sans aucun caractère obligatoire. Comme vous le savez, des initiatives fédérales et interfédérales sont en cours, notamment dans le cadre du programme périnatal de soins dont la mise en œuvre débute progressivement en Wallonie.

Les coachs d'implémentation ont réalisé des analyses territoriales et travaillent actuellement à l'élaboration d'une approche méthodologique. Ce programme périnatal vise notamment à renforcer la dynamique des réseaux existants en périnatalité afin de mieux répondre aux besoins des femmes enceintes. Il devrait également contribuer à améliorer l'accès à certains services grâce à une collaboration renforcée entre les différents acteurs.

Enfin, je rappelle que, dans le cadre de la Conférence interministérielle, un groupe d'experts a été mis en place afin d'établir un rapport sur l'évolution future du paysage hospitalier. Ses recommandations nous aideront à prendre des décisions fondées et durables en matière d'organisation des soins.

02.03 Sarah Schlitz (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse complète.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La forte prévalence des troubles anxieux chez les jeunes adultes et les femmes en Wallonie" (56011429C)

03 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hoge prevalentie van angststoornissen bij jongvolwassenen en vrouwen in Wallonië" (56011429C)

03.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, l'Institut wallon de l'évaluation, de la prospective et de la statistique (IWEPS) a récemment mis en évidence une forte prévalence des troubles anxieux chez les jeunes adultes et les femmes, ainsi que d'importantes disparités territoriales en matière d'accès aux soins en santé mentale.

Certaines zones, et notamment le Sud du sillon Sambre-et-Meuse, apparaissent particulièrement vulnérables, avec des besoins élevés mais une offre de soins limitée. L'organisation territoriale des services de proximité relève des compétences régionales, mais le niveau fédéral conserve un rôle

déterminant dans le financement des soins via l'INAMI, dans la fixation des normes hospitalières et professionnelles, ainsi que dans le développement des réseaux de santé mentale. C'est dans ce contexte que je souhaite vous poser les questions suivantes.

Monsieur le ministre, quelles mesures envisagez-vous pour améliorer l'accessibilité financière des soins psychologiques et psychiatriques, en particulier pour les publics les plus vulnérables? Comment comptez-vous soutenir le déploiement et le renforcement des réseaux de soins en santé mentale, notamment les projets Psy 107, afin qu'ils puissent répondre aux besoins spécifiques des régions fragiles, comme c'est le cas du Sud du sillon Sambre-et-Meuse? Envisagez-vous d'adapter les normes de financement et de personnel pour les hôpitaux et services psychiatriques, afin de mieux tenir compte de ces disparités territoriales mises en évidence par l'IWEPS? Quelles initiatives fédérales sont-elles prévues pour inscrire la santé mentale dans une stratégie nationale cohérente, en articulation avec les politiques régionales?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, je tiens tout d'abord à souligner que, malgré le contexte budgétaire actuel, j'ai réussi à maintenir l'ensemble des investissements en matière de santé mentale, tant pour les jeunes que pour les adultes. Concrètement, cela signifie que tous les efforts entrepris sous mon impulsion lors de la précédente et de l'actuelle législature sont pérennisés. Il s'agit de mesures qui visent à la fois la détection et l'intervention précoces des problèmes psychiques, ainsi que le traitement de troubles psychiatriques plus complexes et de longue durée.

La répartition des budgets entre les réseaux de santé mentale tient déjà compte des facteurs socioéconomiques afin d'atteindre les publics les plus vulnérables. Conformément à l'accord de gouvernement, j'ai étendu le champ d'application du maximum à facturer pour les patients psychiatriques de longue durée à partir du 1^{er} janvier 2026. Cela signifie qu'il n'y a désormais plus de limitation du nombre de jours d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques.

Afin de permettre la continuité des soins et la collaboration avec la psychiatrie adulte, le gouvernement a également décidé d'étendre la programmation des services de pédopsychiatrie, passant de la tranche d'âge de 0 à 14 ans à celle de 0 à 17 ans. C'est pour cette raison que j'ai sollicité un avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH).

Dans l'objectif d'inscrire la santé mentale dans une stratégie nationale cohérente, articulée avec les politiques régionales, les représentants des cabinets des administrations fédérales et régionales compétentes élaborent actuellement un plan intrafédéral de soins de santé mentale. Celui-ci vise à définir des priorités communes et à renforcer de manière structurelle la coopération entre les différents niveaux de pouvoir, tant au niveau national que régional et local.

Dans cette perspective, je travaillerai en étroite concertation avec les entités fédérées afin de promouvoir et de mettre en œuvre, en collaboration avec les réseaux de santé mentale, une politique intégrée et cohérente en matière de santé mentale. En concertation avec mon collègue, le ministre Yves Coppieters, et dans le strict respect des compétences de chacun, nous analyserons les recommandations de l'étude de l'IWEPS et examinerons les synergies et formes de collaboration susceptibles d'en découler.

03.03 Caroline Désir (PS): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour cette réponse encourageante.

Je ne peux que me réjouir d'entendre que vous avez pu préserver l'intégralité des moyens que vous aviez investis dans cet important chantier qu'est la préservation et l'amélioration de la santé mentale en Belgique. Je crois que les politiques que vous avez mises en place commencent seulement à porter leurs fruits. Il importe donc qu'elles puissent se pérenniser.

J'entends que vous souhaitez renforcer la coordination avec les entités fédérées, ce qui est évidemment très positif. Je vous invite à garder un œil particulièrement attentif sur les disparités territoriales mises en évidence par l'analyse de l'IWEPS. Il est effectivement essentiel qu'il n'y ait pas de trous dans la raquette en matière d'accès aux soins en santé mentale dans notre pays.

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

04 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het vermogen van ziekenfondsen" (56011503C)

04 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le patrimoine des mutualités" (56011503C)

04.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, we hebben in dit Parlement al een paar keer het genoeg gehad om te praten over het grote vermogen dat sommige ziekenfondsen hebben opgebouwd. Mijnheer Bacquelaine stelde daarover in de plenaire vergadering ook een vraag aan minister Jambon.

Het gaat over obligaties, termijnrekeningen, aandelen, gebouwen, kantoren, winkels, zorgcentra en zelfs hotels. Zo zou de Christelijke Mutualiteit 20 % bezitten van een keten van Poolse zorgwinkels en apotheken en zou Solidaris over een kasteel beschikken. Ze zouden ook belangen hebben in apotheken, optiekwaken, zorgwinkels, serviceflats, woonzorgcentra, ziekenhuizen, kinderdagverblijven en zelfs deelwagens. Daarmee verwerven ze een heel dominante positie in het zorglandschap. De winst komt vooral uit de aanvullende voordelen en producten en de echte verzekeringen.

Dat roept een aantal terechte vragen op over wat ziekenfondsen wel of niet moeten doen. Wat is uw reactie op het gigantische vermogen van de ziekenfondsen? Ik herinner mij daarover ook een discussie in de plenaire vergadering, waarin u het opnam voor de ziekenfondsen. De vraag is dan ook of u het goed vindt dat ziekenfondsen aandelen hebben in onder andere zorgwinkels en ziekenhuizen. Zult u een initiatief nemen om dat aan te pakken?

Ziekenfondsen maken via het overlegmodel mee het beleid in het RIZIV en wegen dus ook op wat al dan niet wordt terugbetaald. Tegelijkertijd hebben ze belangen in een aantal instellingen of organisaties. Bent u van oordeel dat dat een vorm van belangenvermenging is?

Zoals collega Bacquelaine in de plenaire vergadering terecht opmerkte, vragen wij van burgers en bedrijven grote inspanningen en besparingen in het kader van de sanering van de begroting. De vraag kan dan ook worden gesteld of de ziekenfondsen niet mee die sterke schouders vormen en dus ook moeten bijdragen aan de sanering van de overheidsuitgaven, bijvoorbeeld door hen te onderwerpen aan het btw-regime.

Op Vlaams niveau stelt de minister voor om subsidies af te stemmen op de reserves. Is dat ook voor u een mogelijke piste met betrekking tot de ziekenfondsen?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, we hebben hierover inderdaad al gediscussieerd in de plenaire vergadering. Ik ga in essentie hetzelfde herhalen.

Heel concreet vertrekt u van het gegeven dat ziekenfondsen allerlei activiteiten hebben en dat ze vermogen hebben opgebouwd. Tijdens ons debat in de plenaire vergadering, maar ook eerder al zeer uitvoerig in de vorige legislatuur, heb ik uitgelegd dat ziekenfondsen uit verschillende gescheiden structuren bestaan, zowel qua wetgeving als boekhoudkundig. Essentieel is dat er geen geld van de verplichte verzekering vloeit naar activiteiten zoals apotheken, zorgwinkels, optiekwaken of hotels. Daar is er een strikte scheiding en dat is heel belangrijk.

Los van de taak van ziekenfondsen in de wettelijke ziekteverzekering, bieden ze ook diensten aan die aan een maatschappelijk belang moeten beantwoorden. Dat gebeurt vanuit een ledenbijdrage. De beslissing daartoe wordt genomen op algemene vergaderingen, verkozen uit en door hun leden. Op die basis gaan ze ook allerlei samenwerkingen aan. Binnen die perimeter ziet men een waaier aan verschillende activiteiten, inclusief patrimoniumbeheer.

Ik herhaal wat ik al in de plenaire vergadering zei, de eerste vraag is of men de wet scrupuleus toepast. Dat moeten we controleren en dat gebeurt ook. Als dat ergens niet zo is, is dat een probleem. De tweede vraag is in welke richting we willen dat de ziekenfondsen evolueren. Mijn mening is dat, als we kritisch zijn voor de ziekenfondsen – en dat ben ik vaak ook – de kritiek moet zijn dat ze sterker moeten inzetten op het behouden van een solidaire gezondheidszorg, gericht op doelmatigheid. Ziekenfondsen zullen zeer sterk moeten inzetten op het re-integreren van mensen die langdurig afwezig zijn na ziekte. Daarvoor moeten we ze meer responsabiliseren en daarop moeten we ze afrekenen. We moeten niet proberen hen op te nemen in een amalgaam van commerciële actoren, die dan ook belast moeten

worden zoals commerciële actoren.

Het regeerakkoord is op dat vlak voor mij richtinggevend. Daarin staan immers verschillende passages waarin sommige van de door u aangestipte punten terug te vinden zijn. Het is mijn bedoeling om het regeerakkoord uit te voeren, met als inspiratie dat ziekenfondsen geen commerciële spelers zijn en ook niet mogen zijn. Wel moeten zij een rol spelen in het behouden en versterken van de solidariteit in de gezondheidszorg.

04.03 Irina De Knop (Anders.): Ik noteer dat u vindt dat er geen sprake is van belangenvermenging. Ik merk echter op dat collega's uit de meerderheid, met name van de N-VA, daarover andere meningen hebben. Ik heb ook in uw antwoord niet gehoord of u vindt dat zij tot de sterke schouders behoren en of zij vanuit eventueel andere vennootschappen die zij hebben, een grotere bijdrage zouden moeten leveren. Ik neem daarvan akte.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ondervoeding bij kankerpatiënten" (56011504C)

05 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La malnutrition chez les patients atteints d'un cancer" (56011504C)

05.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, deze vraag is van een heel andere orde. We vernemen dat één op de vijf kankerpatiënten sterft aan ondervoeding en niet aan kanker zelf. Dat blijkt uit een onderzoek van het UZ Brussel, waarbij tienduizend dossiers van kankerpatiënten grondig werden geanalyseerd. Dat zou aantonen dat vier op de tien mensen een risico hebben op ondervoeding of al ondervoed zijn. Na zes weken consultatie en behandeling, en zelfs na vier maanden behandeling, krijgt nog steeds meer dan de helft van de mensen minder dan de helft van de benodigde voeding binnen.

Ook uit internationaal onderzoek blijkt dat ondervoeding een enorme impact heeft op de behandeling van kankerpatiënten en op het verloop van de ziekte. Ondervoeding leidt tot spierafbraak en tot een verzwakt immuunsysteem, waardoor de behandeling vaak nog eens vertraagd wordt en langere opnames nodig zijn.

Blijkbaar krijgt slechts een kleine minderheid een voedingsplan. In grote centra zijn er een viertal diëtisten voorzien om mensen te helpen met smaakverandering en met problemen rond vertering. Dat is echter voor volledige diensten oncologie onvoldoende. Daardoor moeten die diëtisten elke dag keuzes maken. Bovendien wordt die dienstverlening niet terugbetaald, waardoor veel patiënten dat niet kunnen betalen.

Mijnheer de minister, mijn vragen zijn tegelijk dan ook een oproep. Wordt in het kankerplan, dat wordt voorbereid, voldoende aandacht aan het probleem besteed? Zo niet, hoe zou u dat dan toekomstgericht willen aanpakken?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, het kankerplan, dat momenteel in volle ontwikkeling is, besteedt expliciet aandacht aan voeding als een essentieel onderdeel van kwalitatieve kankerzorg. De focus ligt daarbij niet louter op ondervoeding als afzonderlijk probleem, maar vooral op het belang van een geïntegreerde en multidisciplinaire aanpak van de fitheid van patiënten binnen het zorgtraject. Daarin heeft zowel de voedingsstatus als de fysieke conditie een belangrijke plaats.

In de voorbereidende fase van het kankerplan werd een uitgebreide literatuurstudie uitgevoerd, gevolgd door een reeks workshops met een breed spectrum aan stakeholders, waaronder zorgverleners uit verschillende disciplines, patiëntenorganisaties, onderzoekers, ziekenhuizen en experts in preventie en nazorg. Het thema voeding kwam daarbij duidelijk naar voren als een essentiële pijler in de kankerzorg.

Tijdens die workshops werd ook benadrukt dat voeding een cruciale rol speelt in alle fases van de zorgcyclus: voorafgaand aan de behandeling, tijdens de actieve behandeling, in de herstelfase, tijdens

de revalidatie, bij de opvolging en uiteindelijk in de palliatieve fase. Het belang van een goede samenwerking tussen artsen, verpleegkundigen, diëtisten, psychologen en andere betrokken zorgverleners werd daarbij onderstreept, zodat voeding tijdig wordt meegenomen in het globale zorgplan. Ook voor kinderen en AYA's (adolescents and young adults) werd gewezen op het belang van een holistische benadering, waarin medische, psychosociale en familiale aspecten samen worden bekeken.

Al die input wordt momenteel zorgvuldig verwerkt in het ontwerp van het nieuwe kankerplan. Die inzichten nemen we mee in de verdere uitwerking ervan. De volgende stappen bestaan eruit om alle verzamelde gegevens, zowel uit de literatuur als uit de workshops, te bundelen en te vertalen naar een robuust, coherent en toekomstgericht plan voor de volledige oncologische zorgketen, waarin voeding een plaats heeft.

Tegelijk wil ik benadrukken dat voeding een thema is dat ruimer gaat dan de oncologische context alleen. Een doordachte, multidisciplinaire aanpak van voeding is van groot belang voor alle patiënten, ongeacht hun aandoening, en maakt deel uit van een bredere visie op een kwaliteitsvolle en geïntegreerde zorg.

Daarnaast sluit dat aan bij een bredere strategie rond gezondheidspromotie en levensstijl, waarin we samen met de deelstaten inzetten op preventie, gezondheidsvaardigheden en het creëren van een gezonde leefomgeving. Wat voeding betreft, kijken we dan ook bewust verder dan één specifieke ziekte of sector, met als doel elke patiënt in België zo goed mogelijk te ondersteunen binnen zijn of haar zorgtraject.

05.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw uitgebreid antwoord en voor uw aandacht voor dat belangrijk issue.

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

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Meldpunten in de zorg" (56011507C)

06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les points de contact dans le secteur des soins de santé" (56011507C)

06.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over het gekende dossier van de gynaecoloog die een tijd geleden omwille van grensoverschrijdend gedrag werd aangeklaagd. Het gaat mij meer bepaald om de vaststelling dat meerdere slachtoffers hebben aangegeven dat ze onvoldoende wisten op welke manier ze grensoverschrijdend gedrag konden melden. Daarover heb ik een aantal vragen, mijnheer de minister.

Welke rol ziet u voor de zorgverstrekkers zelf in het ondersteunen van patiënten die melding willen maken van de manier waarop ze in een zorgcontext werden behandeld? Moet volgens u worden bekeken hoe ziekenhuizen, zorginstellingen en ambulante praktijken patiënten op een meer zichtbare en toegankelijke manier over mogelijke meldpunten kunnen informeren? Ik denk dan zelf aan zowel interne meldpunten als aan de Federale Toezichtcommissie en de Orde der artsen en aan het duidelijk afficheren van dergelijke meldpunten.

Acht u het nuttig om expliciet in de kwaliteitswet of de wet op de patiëntenrechten te verankeren dat patiënten goed geïnformeerd moeten zijn over waar ze klachten kunnen melden?

Zijn er plannen om de interne meldpunten beter te structureren of te versterken en de communicatie met de Federale Toezichtcommissie en de Orde te verbeteren, zodat meldingen ook sneller kunnen worden opgevolgd?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, u hebt straks nog een andere vraag over deze concrete casus. De antwoorden op die twee vragen overlappen elkaar een beetje. De concrete casus heeft, ervan uitgaande dat de feiten in de pers juist zijn, vele mensen geschokt. Dat heeft ook bij mij veel verontwaardiging veroorzaakt. Ik heb mij ook de vraag gesteld hoe het komt dat het allemaal

zo lang duurt, ook al waren de feiten bij een aantal mensen bekend en werden ze ook op verschillende manieren gemeld.

U vraagt wat de rol van de zorgverstrekkers daarin is. Dat is een goede vraag. Ik denk inderdaad dat de zorgverstrekkers een belangrijke rol kunnen en moeten spelen bij het begeleiden van patiënten die een klacht of een melding willen indienen. Het gaat vooral over het proactief informeren van patiënten over hun rechten en de bestaande procedures, het doorverwijzen naar de juiste kanalen – dat kan een interne ombudsdienst of een extern meldpunt zijn – en het waarborgen van vertrouwelijkheid en neutraliteit bij het verstrekken van informatie. Op die manier wordt het vertrouwen van patiënten versterkt en wordt ervoor gezorgd dat meldingen eerlijk en transparant behandeld worden.

Ik kom tot uw tweede vraag. Ik wil allereerst benadrukken dat het informeren van patiënten over hun rechten en de beschikbare meldpunten in de zorg fundamenteel is. De wet op de patiëntenrechten waarborgt het klachtrecht en bepaalt dat de ombudspersoon de patiënt moet informeren over de mogelijke klachtenprocedures, vooral wanneer bemiddeling niet tot een bevredigend resultaat leidt. Daarnaast bestaan er meldpunten, voornamelijk op het niveau van de deelstaten, hoewel ook het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen een meldfunctie heeft op het federale niveau. Mensen wenden zich tot die meldpunten, maar in de samenleving is het gevoel ontstaan dat het daar dan stopt.

Er lopen verschillende initiatieven. Zo is er een initiatief gericht op het professionaliseren en in kaart brengen van het gehele klachtenlandschap. Een werkgroep op het niveau van de administraties, opgericht door de IMC Volksgezondheid, werkt aan een overzicht van de bestaande meldpunten en doet voorstellen om het klachtrecht te hervormen en te professionaliseren. Dat moet leiden tot een samenhangendere, transparantere en efficiëntere aanpak van klachten in de zorgsector. De betrokkenheid van de IMC is noodzakelijk omdat dit interfederaal moet worden aangepakt.

Daarnaast is er het actieplan handhaving 2026-2030, dat onlangs in de commissie voor Sociale Zaken besproken werd. In dat plan is onder andere voorzien dat een digitaal oriëntatieportaal ontwikkeld wordt, waardoor burgers rechtstreeks naar het juiste meldpunt of de bevoegde instantie geleid worden. Afhankelijk van de aard van de klacht of melding kan dit de ombudsdienst zijn, de Federale Toezichtcommissie, de Orde der artsen of een andere bevoegde instantie. Het tot stand brengen van een dergelijk portaal zou een grote stap vooruit betekenen voor de toegankelijkheid en duidelijkheid voor de burgers. Het betreft een ambitieuze opdracht die opgenomen is in de mappen van het actieplan. Hoewel ik hier geen concrete tijdsplanning kan geven, zou dat een belangrijke vooruitgang kunnen zijn.

Ten derde is er uiteraard, om de mensen te informeren, de website van de FOD Volksgezondheid. Die is recent bijgewerkt om de opdrachten en de bevoegdheden van de Federale Toezichtcommissie zo duidelijk en toegankelijk mogelijk toe te lichten.

Dat zijn de lopende initiatieven. Ik wil daarbij nog een aantal zaken benadrukken. In de Toezichtcommissie zetelt een vertegenwoordiger van de patiënten, die actief bijdraagt aan de verspreiding van informatie binnen de patiëntenorganisaties. Zowel de leden van de commissie als de ambtenaren van de cel zetten zich in om de opdrachten van de commissie bekend te maken op het terrein en om die informatie te laten doorstromen naar de betrokken actoren.

Sinds haar ontstaan legt de Toezichtcommissie actief contact met alle mogelijke instanties waarmee samenwerking relevant kan zijn. Ze werkt intensief samen met de inspectiediensten, met het RIZIV, het FAGG en de FOD Economie, maar ook met de parketten. De Toezichtcommissie brengt haar rol onder de aandacht van andere instanties, zoals meldpunten en het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen. Het is daarbij belangrijk dat ook vanuit de andere beleidsniveaus en de instanties die zich daar situeren, kan worden gezorgd voor een passende omgang met meldingen, met respect voor de privacy van de klager en voor de rol van elkeen binnen het landschap.

Daar zit een zekere paradox, omdat de filosofie van de meldpunten erin bestaat dat wanneer iemand daar een melding doet, die niet wordt doorgegeven. Dat mag niet. Dat geldt, naar mijn weten, zowel voor het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen als voor de meldpunten in Vlaanderen. Daar zijn redenen voor. Paradoxaal genoeg leidt dat echter ook tot onvrede, omdat men vaststelt dat er veel wordt gemeld, maar dat die informatie niet doorstroomt. We moeten daarover nadenken. Onze Toezichtcommissie heeft eind vorig jaar ook samengezeten met het Vlaamse meldpunt. Er zijn

overlegmomenten gepland en over die paradox moet grondig worden nagedacht.

Eenzijds zijn er namelijk meldpunten die uitdrukkelijk stellen dat ze niets doorgeven, omdat de meldingen vertrouwelijk zijn en hun rol gericht is op empowerment. Anderzijds is er een publieke opinie die dat niet begrijpt wanneer er veel klachten werden gemeld en zich afvraagt waarom de Federale Toezichtcommissie daarvan geen kennis heeft.

Wat uw derde vraag betreft, moet de kwaliteitswet op dat vlak duidelijker worden. Voor zorginstellingen en zorgverleners bestaat er geen specifieke of uitdrukkelijke wettelijke verplichting om patiënten te informeren over de mogelijkheden om een klacht in te dienen. Ik heb daarnet in algemene zin toegelicht wat de wet daarover bepaalt. Ook als dat evenwel niet gepreciseerd is in specifieke uitdrukkelijke wettelijke verplichtingen, lijkt het mij een goede praktijk dat de zorginstellingen en de ambulante praktijken actief en transparant communiceren over interne en externe meldpunten.

Als de creatie van een uniek digitaal portaal lukt, moet dat het mogelijk maken patiënten op een gerichte en een toegankelijke manier te informeren over de verschillende instanties waarbij ze een klacht kunnen indienen, afhankelijk van hun specifieke vraag of situatie. Dankzij dat platform, dat zal gebruikmaken van intelligente doorverwijzingen zouden patiënten eenvoudiger de weg kunnen vinden naar het juiste meldpunt of naar de juiste bevoegde instantie, afgestemd op hun verwachtingen en behoeften.

Wat uw vierde vraag betreft, hebben we over organisatorische kwesties al uitwisselingen gehad met de Orde der artsen en informeren we de Orde nog dagelijks over de sancties die tegen artsen genomen worden. Dat zorgt voor een betere communicatie en voor een betere reactiviteit bij de opvolging van dossiers.

Het gebeurt ook dat de Orde ons op de hoogte brengt van bepaalde meldingen die ze ontvangen heeft en dat ze die informatie doorstuurt, zodat de commissie een onderzoek kan uitvoeren. Daarnaast streven we ernaar om op een structureel niveau acties te ondernemen die gericht zijn op een betere informatieverstrekking aan de verschillende actoren in het klachtenlandschap.

De werkgroep PIA, dat is het interadministratief platform van onze administraties, is actief bezig met het in kaart brengen van het klachtenlandschap en werkt aan voorstellen om het klachtenrecht te hervormen en te professionaliseren. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de verschillende meldpunten, dus ook met de deelstaten, met de ombudsdiensten en met alle betrokken instanties.

Zo kunnen we komen tot een meer samenhangende, transparante en efficiënte aanpak van klachten. Dat is een belangrijke uitdaging voor ons beleid.

La **présidente**: Monsieur le ministre, je vais devoir vous demander d'être plus concis, parce qu'avec six minutes de plus, nous arrivons à une réponse de huit minutes. C'est un peu compliqué.

06.03 Frieda Gijbels (N-VA): Het lijkt me heel belangrijk om mensen zeer laagdrempelig toe te staan een klacht in te dienen. Wanneer een patiënt zich op een onjuiste manier behandeld voelt, levert dat sowieso al problemen op, omdat men normaal gezien gewend is om een zorgverstrekker te vertrouwen. Het gaat bovendien om een asymmetrische relatie met een zorgverstrekker. Men is als patiënt afhankelijk van de zorgverstrekker voor een diagnose en voor een behandeling, waardoor de drempel sowieso hoog is. Als dat klachtrecht dan laagdrempeliger wordt, is dat een goede zaak.

In die zin is zo'n digitaal oriëntatieportaal een heel goed initiatief, omdat alles daar samenkomt, maar tegelijk moeten mensen ook opnieuw de weg vinden naar dat portaal. In dat verband dacht ik aan de verplichting voor artsen en tandartsen om hun tarieven te afficheren. Waarom zou daar ook niet een verwijzing kunnen bijstaan naar de verschillende klachteninstanties die er zijn, zodat het nog laagdrempeliger wordt?

Wat de meldpunten betreft, zegt u – en dat begrijp ik – dat zij geen informatie mogen doorspelen naar andere instanties. Patiënten gaan daar in vertrouwen naartoe en moeten erop kunnen rekenen dat het contact vertrouwelijk blijft. Het lijkt me wel noodzakelijk dat de meldpunten patiënten informeren over mogelijke verdere stappen en hen daar eventueel ook in begeleiden. In die zin is het zinvol om verder te bekijken op welke manier dat kan worden gefaciliteerd. Het is een belangrijke werf om het klachtenlandschap helderder te maken en verder te professionaliseren. Daaraan is echt wel behoefte.

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

07 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De P-waarden bij tandartsen" (56011508C)

07 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les valeurs P en dentisterie" (56011508C)

07.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, P-waarden worden gebruikt om onder tandartsen *outliers* te detecteren, tandartsen die sterk bovengemiddeld attesteren. Geregeld krijg ik meldingen van tandartsen die ondanks correcte attesteringen toch de P-waarden bereiken. Ik denk daarbij aan tandartsen die vaak polycariës behandelen bij kinderen onder narcose en die dus vaak een groot aantal tandvullingen plaatsen per sessie, of aan tandartsen die zich op andere specifieke behandelingen hebben toegelegd, waardoor er een grote concentratie van bepaalde nomenclatuurnummers kan ontstaan.

Werd er ondertussen al een evaluatie gemaakt van de evolutie van de P-waarden? Moeten die P-waarden eventueel worden herbekeken, zodat ze ook rekening houden met de stijgende trend om meer te specialiseren? Is er een stijgende of een dalende tendens wat betreft het overschrijden van de P-waarden? Wat zijn de cijfers van de laatste vijf jaar met betrekking tot de overschrijdingen? Valt daarin een regionale tendens waar te nemen? Gaat het steeds om fraude of gaat het over zorgverstrekkers die te goeder trouw handelen? Over welke nomenclatuurnummers gaat het vooral?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, de DGEC heeft al een analyse gemaakt van de controles die zijn uitgevoerd op basis van de drempelwaarden, maar voorlopig werd er binnen de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen geen beslissing genomen over een wijziging van de regelgeving.

Dentomut is van mening dat naar aanleiding van de hervorming van de nomenclatuur die wordt gelanceerd, moet worden bekeken of elementen die in dat kader worden geanalyseerd, zoals het aspect tijd, kunnen worden opgenomen. Verder is ook van belang dat in het kader van het actieplan handhaving 2026-2030 dit jaar een generieke methode met betrekking tot *outlier*-detectie zal worden voorgesteld aan het Verzekeringscomité van het RIZIV. Op basis van die methode kan dan voor verschillende groepen zorgverleners binnen het overlegmodel een drempel worden voorgesteld en wettelijk verankerd.

Het opstellen van die generieke methode kan ook voor de tandartsensector een opportuniteit betekenen om hun bestaande werkwijze onder de loep te nemen. In afwachting daarvan blijft de procedure van de huidige drempelwaarden, waarover een akkoord binnen de sector bestaat, wel van kracht.

Het aantal overschrijdingen fluctueert per jaar. In 2016 werden 39 dossiers opgestart. Daarna volgde een daling, met vervolgens geleidelijk opnieuw een stijging tot 2024, toen 88 dossiers met betrekking tot de P-waarden werden opgestart. Om te vermijden dat ik al die gegevens moet voorlezen, zal ik u de tabel op papier overhandigen.

De controle van de P-waarden is een nationaal project en wordt dus niet per regio onderzocht. Het gaat ook niet altijd om fraude. De P-waardedrempels liggen wel dermate hoog dat de combinatie van overschrijding en de nodige zorg voor kwaliteit onwaarschijnlijk lijkt. De tandartsen krijgen echter, zoals in andere sectoren waar drempelwaarden bestaan, wel de kans om de cijfers te bestuderen en argumenten of opmerkingen te geven, waarbij ze die overschrijding eventueel ook kunnen rechtvaardigen. Dat wordt dan meegenomen in het dossier.

U vroeg over welke nomenclatuurnummers het gaat. Er wordt geen verdere analyse gedaan naar specifieke nomenclatuurnummers die leiden tot een overschrijding van de P-waarden. Het is het geheel dat de drempel overschrijdt.

07.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, als er een nomenclatuurrhervorming gebeurt en een meer generieke methode wordt opgesteld om *outliers* te detecteren, is het inderdaad belangrijk om de zorgverstrekkers er voldoende bij te betrekken, zodat zij ook kunnen aangeven waar de risico's het

hoogst zijn en waar de kans het grootst is dat er effectief sprake is van fraude. Te hoge waarden wijzen immers niet altijd op fraude en het is goed dat er ruimte blijft om zich te verantwoorden. De toegenomen neiging tot specialisatie is daaraan volgens mij niet vreemd. Ik hoor immers dat er geregeld overschrijdingen gebeuren bij tandartsen die zich toeleggen op bepaalde, heel specifieke behandelingen. Ik kijk dan ook uit naar die verdere hervormingen.

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

08 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De regionale verschillen in interventietijden van ambulances" (56011526C)

08 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les différences régionales dans les délais d'intervention des ambulances" (56011526C)

08.01 Frieda Gijbels (N-VA): Uit cijfers van verkeersinstituut Vias blijkt dat de interventietijden van ziekenwagens sterk verschillen per regio en zelfs per gemeente. De mediane wachttijd in België is sinds 2021 gedaald met 2,5 minuten tot een uiteindelijke wachttijd van 11 minuten en 42 seconden. De variatie blijft echter groot. Dichtbevolkte gebieden scoren beter dan landelijke gebieden. Dat is vooral zichtbaar in Brussel, waar ambulances het snelst hun bestemming bereiken.

De kloof tussen Vlaanderen en Wallonië blijft evenwel groot. In Vlaanderen bedraagt de interventietijd gemiddeld 11 minuten en 30 seconden. In Wallonië is dat 12 minuten en 40 seconden. Dat betekent dat slachtoffers in Wallonië meer dan een minuut langer moeten wachten op noodhulp. Die tijd kan een grote impact hebben op de overlevingskansen van slachtoffers. Ik heb daarover een aantal vragen.

Het is uiteraard een goede zaak dat de mediane wachttijd is gedaald. Hoe kan dat worden verklaard? Hebt u zicht op de vraag of die positieve tendens zich zal doorzetten?

Er is ook een bepaalde doelstelling die we willen bereiken. Willen we de interventietijden nog meer verlagen? Op welke manier zal dat worden aangepakt?

Dat Brussel als dichtbevolkte hoofdstad het best scoort, is misschien logisch. Hoe verklaart u de grote regionale verschillen tussen Vlaanderen en Wallonië? In welke mate is de spreiding van ambulancediensten afgestemd op die regionale verschillen? Welke maatregelen treft u om de responstijd in landelijke gebieden te verkleinen?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik wil vooreerst benadrukken dat de studie van Vias institute focust op interventies van de dringende geneeskundige hulpverlening die als een verkeersongeval worden geklasseerd. We kregen hier geen beeld van de algemene responstijd van alle interventies, maar van één specifieke soort interventies in het kader van de dringende geneeskundige hulpverlening. Die categorie van verkeersongevallen is goed voor slechts 5 % van alle DGH-interventies.

De studie maakt ook geen onderscheid in de ernstgraad van de oproepen. De Belgische Handleiding voor Medische Regulatie definieert verschillende ernstgraden. De huidige versie van de handleiding voorziet sinds juni 2025 in een *service level agreement* voor responstijden, afhankelijk van de ernstgraden: 15 minuten voor 90 % van de oproepen van het urgentieniveau 1 tot en met 3, 20 minuten voor 90 % van de oproepen van het urgentieniveau 4, 25 minuten voor 90 % van de oproepen van het urgentieniveau 5.

Daarnaast betreffen de interventies in de categorie verkeersongevallen relatief vaak incidenten op snelwegen en op gewest- en provinciale wegen. Het gaat dus dikwijls om interventies buiten stedelijke of dorpskernen, terwijl ambulances en PIT-diensten meestal in een stad of dorp worden gestationeerd, bijvoorbeeld naast een ziekenhuis of in een brandweer- of ambulancedepot.

In dunbevolkte gebieden, waar de afstanden tussen woonkernen groter zijn, ligt de plaats van het ongeval daardoor gemiddeld verder van de standplaats van de hulpdiensten. Aangezien Wallonië minder dichtbevolkt is dan Vlaanderen en beide regio's minder dan Brussel, is het dan ook aannemelijk dat interventies bij verkeersongevallen in die gebieden meer tijd vergen.

Ik herhaal echter dat de interventietijd telkens afhankelijk van de ernstgraad en het *service level agreement* moet worden beoordeeld. De FOD monitort de interventietijden van alle DGH-interventies over het hele land, zowel stedelijk als landelijk, en werkt op dit moment, in samenwerking met de Federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening, aan een programmatiekader voor de interventiemiddelen van de DGH. Het doel van het programmatiekader is om de bovenvermelde *service level agreements* voor elk urgentieniveau te garanderen.

Sinds het KB op de erkenningsnormen van 4 juli 2024 is er een juridische basis om de kwaliteit en de dienstverlening van de erkende ambulance- en PIT-diensten te monitoren en te handhaven.

08.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel.

U hebt een belangrijke nuance aangebracht, namelijk dat het alleen om verkeersongevallen gaat en dat er geen rekening werd gehouden met de verschillende ernstgraad.

Het is een heel goede zaak dat de FOD nu bezig is met het programmatiekader om de SLA te garanderen, maar er is wel nog ruimte voor verbetering. We monitoren te weinig. We moeten dat beter doen, zodat er kan worden bijgestuurd in de gebieden waar de interventietijden te lang zijn.

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

09 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opheffing van de tijdelijke schorsing van de gynaecoloog uit Tienen" (56011527C)

09 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La levée de la suspension temporaire du gynécologue de Tirlemont" (56011527C)

09.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, deze vraag heeft betrekking op de casus van de gynaecoloog tegen wie verschillende klachten zijn ingediend. De gynaecoloog werd tijdelijk op non-actief geplaatst, maar intussen werd de tijdelijke schorsing opgeheven door de Toezichtcommissie. Daardoor mag hij opnieuw patiënten ontvangen in afwachting van het onderzoek naar zijn fysieke en psychische geschiktheid.

De Toezichtcommissie heeft daarbij wel voorwaarden opgelegd die moeten worden nageleefd. Indien dat niet gebeurt, zou zijn visum opnieuw worden ingetrokken. Die voorwaarden houden onder meer in dat hij geen nieuwe patiënten op consultatie mag ontvangen, dat patiënten ervan op de hoogte worden gebracht dat ze een vertrouwenspersoon mogen meenemen en dat ze voorafgaand aan het onderzoek moeten worden ingelicht over de medische handeling.

Mijnheer de minister, daarbij kunnen toch een aantal vragen worden gesteld.

Zijn er intussen nog nieuwe meldingen of klachten geregistreerd tegen de gynaecoloog in kwestie? Zo ja, om hoeveel klachten gaat het momenteel?

De Toezichtcommissie neemt haar beslissingen onafhankelijk, maar hebt u er een zicht op welke redenen ten grondslag liggen aan de beslissing om het visum van de gynaecoloog opnieuw toe te kennen en zijn tijdelijke schorsing op te heffen?

Mijn laatste vraag betreft de voorwaarden die door de Toezichtcommissie zijn opgelegd. Patiënten moeten in de toekomst worden verwittigd dat ze een vertrouwenspersoon mogen meenemen naar de consultatie en moeten vooraf worden ingelicht over de medische handeling, maar dat lijkt me niet meer dan de normale gang van zaken. Waarom wordt dat als een strenge voorwaarde beschouwd?

Beschikt de Toezichtcommissie niet over doortastendere instrumenten om in dergelijke gevallen op te treden? Indien niet, wat kan eraan worden gedaan om alsnog zulke instrumenten te voorzien?

09.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, ik heb, zoals ik daarnet al zei, zeer veel

begrip voor de golf van verontwaardiging die deze casus heeft veroorzaakt. Ik was zelf eveneens verontwaardigd op basis van wat ik heb gelezen, te meer omdat de verontwaardiging werd gevoed door het gevoel dat de Toezichtcommissie, ondanks talloze meldingen, aanvankelijk geen actie ondernam en toen zij dat uiteindelijk wel deed, die actie als beperkt werd ervaren. Ik begrijp de vraagtekens die daarbij worden geplaatst.

De inhoud van dossiers die door de Federale Toezichtcommissie worden behandeld, is echter strikt vertrouwelijk. Die vertrouwelijkheid is essentieel om de bescherming van persoonsgegevens, de privacy van betrokkenen en de integriteit van de procedure te waarborgen. Om die reden kan ik geen zeer specifieke informatie uit dossiers van de Toezichtcommissie openbaar maken. Bovendien loopt er in dit geval momenteel een gerechtelijk onderzoek, waardoor überhaupt geen details kunnen worden meegedeeld zonder het dossier te hinderen. Ik kan wel aangeven dat de Federale Toezichtcommissie niet hetzelfde aantal klachten heeft ontvangen als het aantal dat werd gemeld bij het Meldpunt Grensoverschrijdend Gedrag.

Ik kom tot uw tweede vraag. De Toezichtcommissie beraadslaagt achter gesloten deuren en neemt beslissingen op basis van de elementen die in het dossier aanwezig zijn, waarbij ze zich baseert op objectieve gegevens. In het kader van de spoedprocedure voorziet artikel 57 van de kwaliteitswet dat een visumschorsing kan worden opgelegd indien de voortzetting van de praktijk door de zorgverlener ernstige en onmiddellijke gevolgen zou hebben voor de patiënten of voor de volksgezondheid. Die procedure bepaalt dat binnen acht dagen een herbeoordeling van de beslissing plaatsvindt, na onderzoek van de elementen die door de betrokken zorgverlener zijn overgemaakt. Na die herbeoordeling kan de kamer beslissen om de schorsing te verlengen of om nieuwe maatregelen op te leggen, indien de onmiddellijke dreiging voor de volksgezondheid of de integriteit van de patiënt niet langer aanwezig is. De kamer kan dus een schorsing opheffen en daaraan specifieke voorwaarden koppelen, zoals in dit dossier is gebeurd.

Wat uw volgende vragen betreft, wil ik om te beginnen wijzen op het feit dat volgens de wet betreffende de rechten van de patiënt twee principes gelden. Het eerste principe is dat van de voorafgaande informatie. Artikel 8, § 2, verplicht dat de patiënt vóór elke medische handeling wordt geïnformeerd over de essentiële kenmerken van de zorgverstrekking. Die verplichting vormt de basis van de geïnformeerde toestemming. Het tweede principe betreft de vertrouwenspersoon. Artikel 10, § 2, bepaalt dat de patiënt zich tijdens de consultatie op eigen verzoek mag laten bijstaan door een vertrouwenspersoon.

De wet voorziet evenwel niet dat de zorgverlener de patiënt proactief op die mogelijkheid moet wijzen. De door de commissie voorgestelde voorwaarde om de patiënt systematisch te informeren over de mogelijkheid zich te laten bijstaan, gaat dus verder dan wat wettelijk is vastgelegd. In die zin is dat een beetje strenger dan het wettelijk kader.

Zoals ik al heb gezegd, gebeurde de beraadslaging van de kamer van de Toezichtcommissie achter gesloten deuren. Ik heb dus geen kennis van de elementen van het verhoor van de betrokkenen waarop de Toezichtcommissie haar beoordeling van de situatie heeft gebaseerd. Ik wil wel zeggen dat u misschien niet alle elementen van de beslissing hebt weergegeven. De kamer heeft ook geoordeeld dat de betrokkene geen nieuwe patiënten meer mag zien en dus alleen nog bestaande patiënten die dat wensen mag behandelen, onder de eerder vermelde voorwaarden. Daarnaast heeft de kamer ook de procedure rond de controle van de psychische en fysieke geschiktheid opgestart. Dat houdt in dat een expertise wordt uitgevoerd om de geschiktheid van de arts te beoordelen. Ik denk dat u, ook als zorgverstreker, zult erkennen dat dat geen erg lichte beslissing is.

Dan kom ik bij uw tweede grote vraag. Beschikt de Toezichtcommissie niet over meer doortastende instrumenten? De Toezichtcommissie handelt uiteraard binnen het wettelijk kader dat haar is toegewezen. De Federale Toezichtcommissie beschikt in het kader van haar opdrachten, zoals bepaald in artikel 45 van de kwaliteitswet, over sanctiemogelijkheden ten aanzien van zorgverleners. Artikel 56 van die wet bepaalt dat de commissie, afhankelijk van de aard van het toezicht, onder meer het visum kan intrekken of schorsen, of het behoud ervan afhankelijk kan maken van het naleven van specifieke voorwaarden. Daarnaast kan de commissie een verbeterplan opleggen dat binnen een bepaalde termijn moet worden uitgevoerd. In casu wordt, naast de voorwaarden, ook een expertise opgelegd, waaruit na een nieuwe beoordeling een nieuwe beslissing kan volgen. De betrokkene mag, zoals gezegd, ook geen nieuwe patiënten meer behandelen.

Abstractie makend van de casus wil ik toch duidelijk zeggen dat dat op zichzelf geen lichte voorwaarden zijn. De mogelijkheden van de commissie zijn dus in principe behoorlijk uitgebreid. Wel is het zo dat we in een ontwerp, dat momenteel na de tweede lezing in de ministerraad voor advies werd overgemaakt aan de Raad van State, de inspectiebevoegdheden van de inspecteurs en een aantal procedurele aspecten willen versterken, evenals de mogelijkheden om op te treden tegen de illegale uitoefening van de geneeskunde. Ik vermoed dat we dat ontwerp over enkele weken zullen kunnen bespreken.

09.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, het is uiteraard altijd moeilijk om over een individueel dossier te oordelen wanneer niet alle details bekend zijn. Toch leeft de indruk dat de betrokken zorgverstrekker kan blijven doorwerken. Het klopt dat hij geen nieuwe patiënten kan zien, maar wel bestaande patiënten, onder een aantal voorwaarden, waarvan ik niet vind dat ze echt streng zijn. In dergelijke gevallen – indien alle aantijgingen kloppen – vind ik dat streng moet worden opgetreden. Zowel in het belang van de slachtoffers als in het belang van de grote beroepsgroep moet er een duidelijk signaal worden gegeven. De grote meerderheid van de gynaecologen is er immers absoluut niet mee gediend dat er een rotte appel in de mand zit die het imago van de hele beroepsgroep schaadt.

Zonder dus echt te kunnen oordelen over de grond van de zaak, vind ik het in het algemeen belangrijk dat, wanneer er zoveel klachten lopen tegen een zorgverstrekker, er vanuit de bevoegde instanties een duidelijk signaal komt dat we zulke zaken niet tolereren.

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

10 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nieuwe financieringssysteem voor thuisverpleegkundigen" (56011659C)

10 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le nouveau système de financement des soins infirmiers à domicile" (56011659C)

10.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, zoals u weet, botst de huidige prestatiefinanciering soms op haar limieten. Dat beseffen de actoren van de thuisverpleegkundigenorganisaties zelf ook.

De recente onthullingen over fraude in de thuisverpleging hebben de kwetsbaarheden van ons huidige financieringssysteem duidelijk gemaakt. Het is dan ook een heel positief signaal dat u, naast het antifraudeplan waarover u een toelichting gaf in de commissie voor Sociale Zaken, samen met de actoren werk maakt van een structurele oplossing door middel van een experiment met betaling per uur. Dat lijkt mij een noodzakelijke stap om de focus terug te brengen naar waar die echt hoort te liggen, namelijk op de kwaliteit van de zorg en de reële noden van de patiënten.

Wanneer is het experiment met de uurvergoeding precies van start gegaan? Hoeveel thuisverpleegkundigen nemen daaraan deel? Het experiment duurt twee jaar. Wat zijn de concrete criteria waarmee u, de actoren en het RIZIV de effectiviteit zullen meten? Wordt er voornamelijk gekeken naar de impact op de kwaliteit van de zorg en op de tevredenheid van de patiënten en verpleegkundigen? Wat is het verdere tijdpad voor de analyse van de resultaten van dat experiment? Wanneer verwacht u een beslissing te kunnen nemen over de structurele invoering van een nieuw financieringssysteem, dat meer op tijd en forfait gebaseerd is?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer Bertels, de oproep voor deelname aan het pilootproject stond open van 17 november 2025 tot 16 januari 2026 en werd dus pas heel recent afgesloten. Ik kan u dan ook nog geen cijfers geven over het aantal deelnemers dat uiteindelijk zal worden geselecteerd. Daarvoor is het nog net te vroeg.

In maart 2026 start een voorbereidingsfase van drie maanden waarin de geselecteerde praktijken de tijd krijgen om zich effectief voor te bereiden op de nieuwe manier van werken. De effectieve interventie zal begin juni 2026 starten en twee jaar lopen.

Het hoofddoel van de nieuwe financiering is het bevorderen van een nieuwe manier van werken, die

beter is afgestemd op de echte zorgbehoefte van de patiënten en die ook de zelfredzaamheid van patiënten stimuleert. Dat moet zorgen voor minder werkdruk en een hogere jobtevredenheid bij de verpleegkundigen en de zorgkundigen en moet ook meer ruimte bieden voor samenwerking met andere zorgverleners.

Tijdens de pilootstudie verzamelt het KCE kwantitatieve en kwalitatieve gegevens op basis van een wetenschappelijk onderzoeksprotocol. De verpleegkundigen registreren hun zorgactiviteiten en nemen deel aan onlinebevragingen, interviews en focusgroepen. Ook patiënten worden bevraagd. Op basis van die gegevens formuleert het KCE in een vervolgstudie aanbevelingen voor een toekomstgericht financieringsmodel. Dat is het plan.

Het alternatieve systeem dat we zullen evalueren, is dus nog niet het definitieve, nieuwe financieringssysteem voor de thuisverpleging. We willen inzichten verzamelen en leren wat werkt en wat niet. Na afloop van de pilootstudie, die voorzien is eind 2028, zal het KCE op basis van de verzamelde data, ervaringen en bevragingen de eindevaluatie uitvoeren. Op basis van die resultaten zal een toekomstig model verder worden ontwikkeld.

Ik kan op dit moment nog niet zeggen wanneer een nieuw systeem structureel zal worden ingevoerd.

10.03 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, ik zal de realisatie van het experiment van nabij kunnen opvolgen, aangezien er actoren in mijn provincie deelnemen. Belangrijk zijn de doelstellingen waartoe het nieuwe financieringssysteem moet leiden, afgestemd op de zorgbehoeften van de patiënten als spil van de zorgverlening, op het vergroten van de zelfredzaamheid van de patiënten en op de jobtevredenheid van de thuisverpleegkundigen, in samenwerking met andere actoren. Dat is een credo dat we in onze zorgsector moeten huldigen. We moeten samenwerken om de zorg voor onze patiënten zo goed mogelijk te maken. Dat is wat het nieuwe financieringssysteem ook zal moeten onderbouwen.

*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 "La pose de bandelettes sous-urétrales" (56011671C)

11 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "TVT/TOT-operaties" (56011671C)

11.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, la pose de bandelettes sous-urétrales pour traiter l'incontinence urinaire d'effort est une intervention courante en Belgique depuis près de 30 ans.

Si ces dispositifs ont permis d'améliorer la qualité de vie de nombreuses patientes, plusieurs témoignages récents rappellent que des complications sévères peuvent survenir: douleurs chroniques, atteintes nerveuses, troubles musculosquelettiques, rétention urinaire, voire impossibilité de retirer la prothèse une fois intégrée aux tissus.

Les spécialistes eux-mêmes soulignent que ces complications restent rares, mais qu'elles sont souvent sous-diagnostiquées, tardivement reconnues, ou minimisées. Beaucoup de patientes indiquent ne pas avoir reçu une information complète sur les risques, ni sur le caractère irréversible de l'implantation. Par ailleurs, la chirurgie reste parfois proposée trop rapidement, alors qu'une prise en charge progressive – dont la rééducation périnéale – devrait constituer la première ligne.

Un collectif de patientes, Bandelettes Belgique, demande aujourd'hui une meilleure reconnaissance du préjudice, un suivi médical à long terme, une prise en charge complète des complications ainsi qu'un encadrement renforcé de cette pratique.

Certains pays ont déjà instauré des règles strictes, voire limité ou suspendu l'utilisation de ces dispositifs.

Monsieur le ministre, disposez-vous de données actualisées sur le nombre d'implantations annuelles et sur l'incidence réelle des complications à moyen et long terme?

Le principe du consentement libre et éclairé est-il suffisamment garanti pour ces interventions? Envisagez-vous un renforcement des obligations d'information des patientes?

Une révision des recommandations cliniques, notamment pour privilégier la rééducation, est-elle prévue?

Enfin, le gouvernement compte-t-il mettre en place un registre de suivi des patientes implantées et envisager une meilleure prise en charge des complications, comme le demandent les collectifs concernés?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, comme vous le soulignez à juste titre, la pose de bandelettes sous-urétrales pour le traitement de l'incontinence urinaire d'effort est une intervention courante en Belgique depuis de nombreuses années. Elle figure dans les recommandations cliniques internationales. Ce dispositif a permis d'améliorer la qualité de vie de nombreuses patientes. Néanmoins, je rappelle que des complications sévères peuvent survenir telles que des douleurs chroniques, des atteintes nerveuses ou encore des difficultés liées au retrait de l'implant.

Récemment, une concertation a eu lieu entre mon cabinet et plusieurs représentantes de patientes, du reste, patientes elles-mêmes, qui ont partagé leur expérience et leur parcours de soins souvent marqué par des difficultés à long terme. Ces échanges ont notamment mis en évidence un manque d'information préalable sur les risques encourus et sur le caractère potentiellement irréversible de l'implantation, ainsi que des difficultés qui peuvent intervenir en différentes étapes du parcours de soins jusqu'au suivi post-opératoire. Les représentantes ont, par ailleurs, indiqué avoir déjà été en concertation avec le ministre Coppieters, qui a publiquement évoqué sa volonté de travailler sur cette question en 2026. Dans ce contexte, un dialogue se poursuivra afin d'examiner dans un premier temps les différentes options d'amélioration possible tout au long du parcours de soins.

En ce qui concerne les chiffres et le nombre d'implantations de bandelettes sous-urétrales, je peux déjà communiquer certains chiffres à partir des données disponibles auprès de l'INAMI. Je vous propose de vous transmettre un petit tableau qui les reprend. En outre, il n'existe pas de registre spécifique consacré aux complications liées aux bandelettes sous-urétrales. Il en existait un jusqu'en 2023 pour les filets vaginaux utilisés dans le cadre du prolapsus, mais il a été supprimé étant donné que cette intervention est désormais très rarement pratiquée.

Il convient également de rappeler l'existence du registre central de traçabilité (RCT), qui centralise les notifications de pose et de retrait d'implant. Ce système vise à améliorer la traçabilité des dispositifs médicaux implantables utilisés en Belgique et à renforcer la sécurité des patients, en permettant notamment une réaction plus rapide et adéquate en cas d'incident. Le RCT est alimenté par des professionnels de la santé ayant établi un rapport thérapeutique avec le patient et offre également une transparence à ce dernier qui peut dès lors consulter les informations relatives à ces implants.

Dans ce contexte, une extension du champ d'application du RCT est à l'étude afin d'améliorer encore la traçabilité des implants et la gestion des situations problématiques lorsqu'elles sont identifiées, sans pour autant constituer un registre des complications. Ces questions s'inscrivent également dans un cadre européen au sein duquel les autorités compétentes échangent des informations afin d'assurer un niveau élevé de sécurité des dispositifs médicaux.

11.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, j'entends que vous avez été informé récemment, tout comme moi, par le collectif des patientes. J'imagine donc que vous allez poursuivre le dialogue et tenter d'apporter des améliorations.

Vous avez indiqué qu'il n'y a pas de registre et vous n'avez pas dit grand-chose quant au renforcement des obligations d'information des patientes.

J'espère que ce dialogue se poursuivra et, surtout, qu'il se traduira par des actions concrètes; en effet, si vous avez rencontré ces personnes, tout comme moi, vous aurez remarqué une certaine détresse dans leur chef.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

12 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prise en charge de la ménopause" (56011676C)

12 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Menopauzezorg" (56011676C)

12.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, cette question traite de la ménopause et, hasard du calendrier, ce matin, en commission de la Santé et de l'Égalité des chances, je présentais, au nom du groupe PS, une proposition de résolution en rapport avec la ménopause et la périménopause.

Près de neuf femmes sur dix connaissent au moins un symptôme lié à la ménopause. Pour la moitié d'entre elles, ces manifestations bouleversent profondément leur vie professionnelle et, d'une manière générale, la qualité de leur vie.

Nous avons aujourd'hui entendu différents témoignages. Ce qui revient souvent, c'est la tendance à renvoyer les patientes qui souffrent de symptômes liés à la ménopause en leur disant que cela va passer, que c'est lié à l'âge ou au stress. Elles sont très fréquemment orientées vers des antidépresseurs, faute d'un accompagnement adapté. Dans certains cas, des symptômes sévères ne sont pas identifiés et ne sont pas traités, alors même que des solutions existent.

On constate que, dans d'autres pays, les recommandations sont aujourd'hui revues afin de mieux informer les femmes et de réduire leurs peurs injustifiées. À cet égard, notre pays accuse un retard dans l'organisation d'un parcours clair, lisible et accessible en première ligne.

Monsieur le ministre, comme évaluez-vous l'état réel de la prise en charge de la ménopause en Belgique, en particulier en médecine générale? Confirmez-vous l'existence d'un manque de formation initiale et continue et quelles actions entendez-vous mener? Envisagez-vous la mise en place de lignes directrices nationales actualisées, soutenues par les sociétés scientifiques, afin d'améliorer la détection, l'information, l'accompagnement et l'orientation des patientes? Quelles mesures pourriez-vous également prendre pour assurer un accès équitable aux traitements validés, hormonaux ou non, et éviter que des milliers de femmes ne vivent cette transition essentielle dans la solitude ou le non-diagnostic?

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Dedonder, il convient de préciser d'emblée que la thématique de la ménopause ne relève pas du seul niveau fédéral. Il s'agit d'un domaine où les responsabilités sont largement réparties entre les différentes entités fédérées, notamment en matière d'organisation des soins de première ligne, de prévention, de santé communautaire et de formation des professionnels. C'est précisément pour cette raison que j'ai demandé à la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique d'inscrire la prise en charge de la ménopause à son agenda.

Il a été décidé de confier ce dossier à la plateforme interadministrative. Dans ce cadre, un inventaire complet des initiatives existantes en matière d'information, de détection, d'accompagnement et de prise en charge de la périménopause et de la ménopause est en cours. La Région wallonne a accepté d'assurer la coordination de ces travaux au sein de la plateforme. L'Agence pour une Vie de Qualité (AVIQ) a élaboré un questionnaire afin de faciliter ce travail d'inventaire et a prévu de lancer les travaux concrets à la fin de ce mois.

Le niveau fédéral continuera naturellement à encourager et à participer à ces travaux de manière constructive dans le cadre de la CIM Santé. Il n'a toutefois pas vocation à agir de manière unilatérale dans un domaine qui requiert une approche interfédérale, coordonnée et cohérente.

12.03 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, je suis un peu déçue par cette réponse.

J'entends parler d'un travail d'inventaire, d'un questionnaire, et finalement d'un renvoi vers les entités fédérées. Cela signifie qu'à ce rythme-là, rien de concret ne sera mis en place.

Heureusement pour vous, nous avons déposé une proposition au Parlement. Il existe bel et bien des

leviers d'action en matière de ménopause et de pérимénopause au niveau fédéral pour le ministre de la Santé. Je vous exposerai prochainement nos suggestions et j'espère que votre groupe et la majorité pourront les soutenir.

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

13 **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ambulancevervoer in de Vlaamse Rand" (56011702C)
- **Katleen Bury** aan **Bernard Quintin** (Veiligheid en Binnenlandse Zaken, belast met Beliris) over "Het ambulancevervoer in de Vlaamse Rand" (56011703C)

13 **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le transport par ambulance dans la périphérie flamande de Bruxelles" (56011702C)
- **Katleen Bury** à **Bernard Quintin** (Sécurité et Intérieur, chargé de Beliris) sur "Le transport par ambulance dans la périphérie flamande de Bruxelles" (56011703C)

13.01 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, ik breng enkele feiten ter herinnering. Hopelijk hebt u er ook van gehoord. Op 1 december werd in Alseberg een inwoner naar de spoeddienst gebracht. Op de eerste ambulance moest hij 30 minuten wachten.

U hebt gezien dat ik daarover ook een vraag gesteld heb aan minister Quintin, maar ze is uiteindelijk bij u terechtgekomen. Dat vind ik een beetje spijtig, want ik had een aantal concrete vragen over het ambulancevervoer zelf en over de verdeling ter zake. Ik kan die vragen moeilijk aan u stellen, want u zult ze niet kunnen beantwoorden.

Waarover ik het met u wil hebben, is dat de patiënt in kwestie vroeg naar het AZ Halle te worden vervoerd. Hem zijn toen drie andere ziekenhuizen voorgesteld, een ziekenhuis in Braine-L'Alleud, het Erasmusziekenhuis en nog een ander Brussels ziekenhuis. Ik ben uit die streek en ik weet dat als iemand in Beersel iets overkomt en men naar Halle moet, dat zeker geen omweg is. Uiteindelijk werd die man toch naar Halle gebracht. Tijdens het traject moest hij zelf uitleggen welke afrit er genomen moest worden. De bemanning van de ambulance sprak nauwelijks Nederlands. Dat heeft het ook moeilijk gemaakt.

Over ambulances in de Rand zijn in het verleden al wat vragen gesteld door ons. U stelde in 2023 dat patiënten uit de Rand voortaan mochten vragen naar een Nederlandstalig ziekenhuis te worden gevoerd, als dat niet meer dan 12 minuten omweg betekende. Dat was in casu zeker niet het geval. Ik heb ter zake een aantal vragen.

Hebt u gehoord van deze casus van 1 december? Wat zegt dit geval over de toepassing van uw richtlijn in de praktijk?

Hoe werd de 12-minutenregel bekendgemaakt bij ambulanciers en dispatching? Zijn er ter zake instructies gegeven? Hoe evalueert u die? Zijn er opleidingen?

Hoe garandeert u dat Nederlandstalige patiënten in de Rand effectief geholpen worden in hun taal? Acht u bijkomende maatregelen nodig?

Hoe verloopt de samenwerking met Binnenlandse Zaken en de Vlaamse overheid om dit structureel aan te pakken?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, de casus is mij allen bekend via een artikel dat op 12 december in *Het Laatste Nieuws* is verschenen, waarin gewag wordt gemaakt van de situatie die u schetst tijdens een interventie in december 2024. Mijn administratie heeft aan de betrokken journalist gevraagd om meer details te krijgen over de interventie om de concrete gebeurtenissen te kunnen analyseren, maar daarop is geen feedback ontvangen. Ik kan dan ook niets concluderen tot mijn diensten meer informatie ontvangen.

Wat uw tweede vraag betreft, is de basisregel binnen de dringende geneeskundige hulpverlening de snelst mogelijke hulpverlening, zowel wat het uit te sturen hulpmiddel betreft, als wat de keuze van het ziekenhuis aangaat. Bij de ziekenhuiskeuze is er weliswaar een afwijking van het snelst bereikbare ziekenhuis mogelijk, onder meer op basis van de taal, voor zover dat niet leidt tot meer dan 12 extra minuten verplaatsingstijd. Daarbij moet echter altijd rekening worden gehouden met objectieve criteria, zoals de tijdskritieke toestand van de patiënt. Op basis van de taalkeuze nemen we geen nodeloze risico's als snelheid belangrijker blijkt te zijn. Soms breekt de nood de wens en kunnen we jammer genoeg niet garanderen dat de snelste hulp altijd afkomstig zal zijn van een standplaats met uitsluitend Nederlandstalige hulpverleners.

Ten derde, de richtlijnen van de Provinciale Commissies voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening worden doorgestuurd naar de deelnemende diensten binnen de dringende geneeskundige hulpverlening, alsook naar de noodcentrales. Het zijn ook die commissies die instaan voor de opvolging, de evaluatie en de eventuele bijsturing van die richtlijnen.

Wat uw vierde vraag betreft, binnen de hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening is de Federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening op mijn vraag een programmatieoefening aan het uitwerken. Die oefening moet ons tegen het einde van dit jaar een duidelijk beeld opleveren van de eventuele behoefte aan extra middelen binnen de dringende geneeskundige hulpverlening.

Ten vijfde, zoals u weet, vallen het personeel en de infrastructuur van de noodcentrales onder de bevoegdheid van Binnenlandse Zaken. Mijn administratie stelt medische directies ter beschikking van die noodcentrales om het personeel op te leiden en te coachen in het gebruik van de Belgisch handboek voor de medische regulatie. Die samenwerking verloopt vlot. De Vlaamse overheid heeft geen bevoegdheid inzake dringende geneeskundige hulpverlening.

Wat uw zesde vraag betreft, wil ik om te beginnen uw bewering over uitzonderlijk lange responstijden in Sint-Genesius-Rode nuanceren. De studie van Vias institute die u aanhaalt, is een studie waarin uitsluitend verkeersongevallen werden bestudeerd. Dat is een belangrijke beperking. Ik heb dat zonet ook al uitgelegd aan mevrouw Gijbels. Verkeersongevallen maken slechts 5 % uit van alle interventies binnen de dringende geneeskundige hulpverlening.

Wat de vraag over structurele aanpassingen en verbeteringen van de spoedhulpverlening betreft, verwijs ik naar mijn eerdere antwoord dat de Federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening op mijn vraag een programmatieoefening aan het uitwerken is. Die oefening zal ons tegen het einde van dit jaar een duidelijk beeld moeten opleveren van de eventuele behoefte aan extra middelen binnen de dringende geneeskundige hulpverlening, met identificatie van de regio's waar die noodzakelijk zouden blijken.

13.03 Katleen Bury (VB): Dank u wel, mijnheer de minister.

Ik wil eerst iets zeggen over het feit dat de Vlaamse overheid absoluut niet bevoegd zou zijn. Ik herinner me nog mijn tijd op het kabinet voor de Vlaamse Rand. Dergelijke dossiers kwamen daar geregeld binnen en er werd ook geregeld aan ons gevraagd om dat zeker op te lijsten en daarmee aan de slag te gaan bij de bevoegde diensten. Het is goed dat er overleg is en dat u daar ook de vinger aan de pols houdt, dat die signalen blijven binnenkomen. Anders zou er ook niet zoiets bestaan als de bevoegdheid Vlaamse Rand. Dat is immers een bevoegdheid die eigenlijk alle domeinen overschrijdt. Dat weet u wel.

U hebt het over de programmatieoefening tegen het einde van dit jaar. Dat gaat dan over alles wat te maken heeft met ambulance en spoedvervoer. Kan dat ook inhouden dat u de twaalfminutenregel bijstuurt of is daar geen nood aan? U zegt zelf dat dat er afwijking mogelijk is en dat we rekening moeten houden met objectieve criteria. Snelheid blijkt soms belangrijker te zijn. Ik wil dat allemaal wel begrijpen. Er zijn zelfs gevallen waarin de persoon niet eens meer zal vragen om naar een bepaald ziekenhuis gebracht te worden, omdat dat gewoon niet kan.

U merkt toch ook dat het op die manier altijd een welles-nietesdiscussie zal zijn. We moeten toch eens kijken of die twaalfminutenregel voor duidelijkheid zorgt, zodat mensen weten waaraf en waaraan. Ik vrees dat dat nu niet het geval is. Het zal altijd een welles-nietesverhaal zijn en dat dient herbekeken

te worden.

Als u wilt, kunnen wij ook een voorstel tot finetuning indienen. Zou u dat ook eens herevalueren of zit dat niet in die programmatieoefening tegen het einde van dit jaar? Dat is gewoon nog een concrete vraag.

13.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nee, dat is toch een medisch criterium? Dat is iets anders dan programmatie. Dat zit dus niet direct in mijn mappen. Ik zeg niet dat ik daar niet voor open sta, maar dat zit voorlopig niet in onze mappen.

13.05 **Katleen Bury** (VB): Oké, bedankt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Illegale (spice)vapes" (56011760C)**

14 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les vapoteuses illégales au spice" (56011760C)**

14.01 **Katleen Bury** (VB): Er zijn momenteel zeer alarmerende berichten over illegale vapes. Het gaat niet langer over wegwerp vapes, maar over vapes waarin vaak illegale en niet-gecontroleerde producten zitten. We zien dat spoeddiensten op bepaalde momenten overspoeld worden. Mensen komen binnen met heel rare symptomen, zoals aanvallen en zelfs coma, met kans op ernstige cardiovasculaire klachten en zelfs multiorgaanfalen.

Volgens recente berichtgeving en een onderzoek van de sectorfederatie Vlabe is de illegale markt intussen enorm. Naar schatting zou meer dan 50 % van alle verkochte vapes in ons land illegaal en niet gecontroleerd zijn. Vandaar mijn vraag of u meer informatie hebt over het aantal recente ziekenhuisopnames die gelinkt zijn aan die vapes. Plant u op korte termijn nog bijkomende maatregelen?

Ontvangt u signalen over andere distributiekanaalen? Ik krijg signalen dat niet alleen nachtwinkels – waar u al veel controles uitvoert – dergelijke producten onder de toonbank verkopen. Het zou ook gaan over *barbershops* en andere dekmantelpunten. Hebt u daar zicht op of zult u dat in kaart brengen?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik deel absoluut de bezorgdheid met betrekking tot de ernstige gezondheidsrisico's van illegale vapes, in het bijzonder bij jongeren. De recente incidenten, waarbij jongeren in kritieke toestand op spoeddiensten belandden, onderstrepen de noodzaak van een kordate aanpak. Via de gezondheidsinspecteurs werd mijn inspectiedienst op de hoogte gebracht van deze incidenten met e-sigaretten. Indien het zou gaan om e-sigaretten die illegale drugs bevatten, met name synthetische cannabinoïden, worden de dossiers verder opgevolgd door het parket in samenwerking met de politie. Meer informatie daarover kunt u vragen aan mijn collega, de minister van Binnenlandse Zaken.

Afhankelijk van welke component van de cannabisplant aanwezig is in de e-sigaret, zijn andere instanties bevoegd. Zo voert de FOD Volksgezondheid controles uit wanneer het gaat om e-sigaretten met CBD, zonder psychoactieve werking. De toevoeging van CBD is immers verboden op basis van het koninklijk besluit van 28 oktober 2016 over e-sigaretten.

Wanneer psychoactieve componenten worden gebruikt, zoals THC of HHC, zijn de politie en de douane bevoegd voor de opvolging van producten die deze stoffen bevatten. Zowel THC als HHC zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 6 september 2017 houdende de regeling van verdovende middelen en psychotrope stoffen.

Op basis van de code ICD-10-CM, U07.0, die staat voor een vapinggerelateerde stoornis en die van kracht is sinds 1 januari 2022, werden de verblijven in ziekenhuizen geregistreerd. In 2023 ging het om 56 verblijven: 6 keer als hoofddiagnose en 48 keer als nevendiagnose. In 2024 ging het om 104 verblijven: 7 keer als hoofddiagnose en 97 keer als een nevendiagnose. De code geeft geen informatie over de gebruikte stoffen, of die nu legaal of illegaal zijn.

Cannabisvapes worden slechts occasioneel door mijn inspectiediensten aangetroffen. Wanneer op basis van verpakking of analyse blijkt dat ze psychotrope stoffen bevatten, wordt de afhandeling aan parket, politie en douane overgelaten.

Naar aanleiding van de recente hospitalisaties werden ziekenhuizen geïnformeerd met wetenschappelijke en internationale informatie over dergelijke synthetische cannabinoïden. Het is belangrijk om jongeren te informeren. E-sigaretten gebruiken is überhaupt geen goed idee. Het gebruik van illegale e-sigaretten brengt nog veel meer ongekende risico's mee. Vaak zijn jonge mensen helemaal niet op de hoogte van de samenstelling van de e-sigaretten die ze kopen. Ze worden onbewust verslaafd aan nicotine en illegale drugs.

Ik heb de interfederale drugscoördinator de opdracht gegeven om een advies uit te werken om onze bestaande ketenaanpak te versterken en het fenomeen nog beter aan te pakken, ook in overleg met mijn collega's. We moeten bovendien nog meer met andere landen samenwerken. Het is immers geen louter Belgisch probleem, maar een Europese en internationale uitdaging. Al meerdere keren heb ik die problematiek op diverse niveaus aangekaart. Ik zal dat ook blijven doen.

In 2025 nam de bevoegde inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid al meer dan 140.000 illegale e-sigaretten in beslag. De controle op illegale e-sigaretten blijft een prioriteit. Dat is ook de reden waarom we ondanks budgettaire moeilijke tijden hebben gekozen om extra financiële middelen aan de inspectie toe te kennen, zodat bijkomende controleurs kunnen worden aangeworven en opgeleid om de controles op illegale producten en illegale verkoopkanalen te versterken. Een nauwe samenwerking met politie, douane en parketten om inbeslagnames en vervolging te verzekeren, blijft ook heel belangrijk.

Eind vorig jaar werd ook een verstrenging van de wetgeving in het Parlement goedgekeurd, waarbij de inspectiedienst de bevoegdheid zal krijgen om verkooppunten van illegale e-sigaretten te sluiten. Bepaalde galerijen en dag- en nachtwinkels die bij de inspectie gekend zijn voor de verkoop van illegale e-sigaretten zullen blijvend worden opgevolgd.

Daarnaast gaat ook bijzondere aandacht naar de controle op onlineverkoop en sociale media. In samenwerking met DNS worden Belgische webshops die in strijd handelen met de regelgeving geïdentificeerd en offline gehaald. Er lopen ook vergevorderde gesprekken met het Centrum voor Cybersecurity België om de toegang van Belgische consumenten tot buitenlandse webshops te blokkeren. Er bestaan samenwerkingen met socialemediaplatformen om profielen die illegaal e-sigaretten verkopen offline te halen. Met bijstand van de politie kunnen ook huisvisitaties in privéwoningen worden uitgevoerd om illegale e-sigaretten in beslag te nemen.

Tegelijk volgen mijn diensten de evoluties in andere EU-lidstaten, waar bijvoorbeeld het verbod op wegwerp-e-sigaretten steeds meer ingang vindt. Daardoor kan beter grensoverschrijdend worden samengewerkt en kan de import van illegale producten vanuit de omliggende landen beter gecontroleerd worden. De inspectiedienst ontwikkelde bovendien een netwerk van informatie-uitwisseling met de inspectiediensten van andere EU-lidstaten om buitenlandse verkopers te melden.

Meldingen bij de inspectie over alternatieve distributiekkanalen worden opgevolgd en in kaart gebracht. Daarvoor is een gerichte samenwerking met Justitie en politie nodig.

De interfederale strategie voor een rookvrije generatie bevat een maatregel om het aantal verkooppunten van tabaksproducten, met inbegrip van e-sigaretten, te beperken. We voeren die maatregel nu uit via een verbod op verkoop via automaten, in tijdelijke verkooppunten en in grote voedingswinkels. Rekening houdend met het recente arrest van het Grondwettelijk Hof bekijkt mijn beleidscel momenteel samen met mijn administratie hoe de beperking van de verkoop van tabaksproducten in winkels kan worden geherformuleerd.

14.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, dank voor uw volledig antwoord met de recentste cijfers.

Er worden inderdaad enorm veel wegwerpvapes in beslag genomen, die men hardnekkig blijft invoeren ondanks het feit dat ze verboden zijn in België. Daarom is er nood aan afspraken tussen landen over

dezelfde regelgeving. Die wegwerpvapes bevatten trouwens ook veel te veel nicotine. Mijn vragen waren toegespitst op die *spicevapes* met nog veel alarmerendere stoffen. U zei dat die eigenlijk amper werden aangetroffen. Dat lijkt mij logisch, aangezien het om vapes gaat waaraan achteraf iets wordt toegevoegd. Eigenlijk zou men op zoek moeten gaan naar kleine flesjes met producten waarin die drugs zitten. Het lijkt mij immers onwaarschijnlijk dat u een kant-en-klare *spicevape* zult vinden.

Ik vind dat er ander onderzoek moet gebeuren op de producten bij dealers en in nachtwinkels, maar ook op de andere verkooppunten die ik heb aangehaald, om los van de wegwerpvapes op zoek te gaan naar materiaal – drugs – dat eraan toegevoegd kan worden.

Over de andere distributiekkanalen vind ik uw antwoord wel wat pover. We vernemen dat het over veel meer gaat dan alleen maar enkele nachtwinkels. Er bestaan heel veel andere dekmantels voor de verkoop. U zegt dat het opgevolgd wordt, maar dat het eerst in kaart moet worden gebracht en dat daarvoor samenwerking met politie en Justitie nodig is. Dat weet ik, maar u zit aan de knoppen, samen met uw collega's, bevoegd voor politie en Justitie. Als ik aan een andere minister de vraag stel, wordt mijn vraag altijd naar u gekanaliseerd. Ga daarmee dus aan de slag. Laat verdere onderzoeken plaatsvinden. Er is ondergronds veel meer aan de hand dan blijkt uit de controles die nu in een deelsector plaatsvinden.

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

15 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Praktijkdierenartsen" (56011761C)

15 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les vétérinaires praticiens" (56011761C)

15.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, deze vraag heb ik ingediend ter attentie van minister Clarinval en aan van u. Sinds de indiening van mijn vraag heeft een belangrijk overleg plaatsgevonden. Eerder hadden de dierenartsen uit onvrede een federale vergadering verlaten. Ik hoef u het dossier niet uit te leggen, maar de dierenartsen deden dat omdat ze bij de omzetting van Europese regelgeving disproportioneel administratieve lasten in hun nek kregen geworpen die helemaal niet door Europa worden gevraagd. Zij opperden dat ze al werk genoeg hebben om zich ook nog eens bezig te houden met de input van allerhande gegevens in een ander systeem, aangezien er al een goed werkend veeartsensysteem bestaat.

Op vrijdag 12 december, als ik me niet vergis, hebt u vervolgens al de dierenartsenorganisaties ontvangen, samen met minister Clarinval. Na het overleg hadden de dierenartsenorganisaties de indruk dat er eindelijk ernstig naar hen werd geluisterd en dat er bereidheid bestond tot bijsturing en ondersteuning. Dat is op zich al goed nieuws.

Ik zal niet alle vragen opsommen zoals ze in mijn ingediende tekst staan, maar ik wil wel graag weten wat met de veeartsen precies is afgesproken en wat zij kunnen verwachten.

15.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Bury, op 12 december hebben mijn collega David Clarinval en ik inderdaad de dierenartsen op mijn kabinet ontvangen. Dat was een positief en constructief overleg. We hebben de dierenartsen in de eerste plaats uitdrukkelijk bedankt voor de belangrijke rol die zij tot nu toe hebben gespeeld in de strijd tegen de antibioticaresistentie.

Tijdens het overleg zijn de hiernavolgende afspraken gemaakt.

Ten eerste, de registratie van het gebruik van antibiotica door depothoudende dierenartsen en door apothekers-titularissen voor paarden en aquacultuur via de applicatie VAMREG wordt met zes maanden uitgesteld.

Ten tweede, we zullen onderzoeken of we een vrijstelling van registratieplicht kunnen geven aan depothoudende dierenartsen met een lage jaaromzet. Het komt de dierenartsen toe om een becijferde analyse voor te leggen, zodat het FAGG kan nagaan of een dergelijke vrijstelling mogelijk is.

Ten derde, binnen het FAGG zal een triloog tussen het FAGG, de dierenartsen en de grootste

softwarehuizen in Vlaanderen en Wallonië worden georganiseerd met als doel de operationaliteit van de volautomatische datatransfer via *machine-to-machine* vanuit de software van de dierenartsen naar VAMREG te faciliteren.

Ten vierde, parallel daaraan zal in 2026 een maandelijks overlegplatform tussen het FAGG en de softwarehuizen worden opgezet, met als doel om onder meer autolabeling mogelijk te maken. Dat moet de softwarehuizen toelaten om bij elke wijziging in hun softwarepakket te testen of de *machine-to-machine* datatransfer naar VAMREG operationeel blijft.

Ten vijfde en ten slotte, er wordt een taskforce opgericht onder de coördinatie van de kabinetten Volksgezondheid en Landbouw en voorgezeten door de FOD Volksgezondheid met vertegenwoordigers van de dierenartsenorganisaties, de gewestelijke raden van de Orde der Dierenartsen, het FAVV, het FAGG en de FOD Volksgezondheid.

Die taskforce zal onderbouwde voorstellen van de dierenartsen inzake administratieve lastenverlaging behandelen. Aan de dierenartsen werd gevraagd om een voorstel uit te werken tot uitbreiding van de scope, mocht dat nodig geacht worden. Er zal binnen de taskforce ook worden bekeken hoe die op termijn kan evalueren tot een vaste overlegstructuur.

Verder blijft de FOD Volksgezondheid werken aan een herziening van het diergeneeskundig beroep om dat beroep te wapenen tegen de huidige en toekomstige uitdagingen, zoals het aanbod van zorg en de plattelandsdekking.

15.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik zal dat terugkoppelen naar de dierenartsen en anderen die ik ken, en dan evalueren we of we daarmee tevreden zijn. U zegt dat de registratie met zes maanden wordt uitgesteld. We zullen zien hoe dat verder concreet evolueert.

Ik dank u alleszins om de dierenartsen te hebben uitgenodigd en naar hun bezorgdheden te hebben geluisterd.

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

La **présidente:** Les questions jointes n° 56011763C de Mme De Knop et n° 56012058C de Mme Muylle sont reportées. Les questions n° 56011764C et n° 56011778C de Mme De Knop sont reportées. Les questions n° 56011782C, n° 56011783C et n° 56011784C de Mme Gijbels sont également reportées.

16 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'agrément des médecins visant à une meilleure prise en charge des PSH" (56011788C)

16 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van artsen in het licht van een betere gehandicaptenzorg" (56011788C)

16.01 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, de nombreux rapports indiquent que les personnes en situation de handicap rencontrent encore des obstacles dans l'accès aux soins, notamment en raison d'une prise en charge médicale insuffisamment adaptée à leurs besoins spécifiques.

Le cadre fédéral qui régit l'agrément des médecins et les exigences de formation clinique constitue un levier essentiel pour améliorer cette situation.

Mes questions seront exclusivement centrées sur les compétences fédérales.

Le SPF Santé publique a-t-il identifié, dans le cadre de ses compétences, les lacunes actuelles liées à la prise en charge du handicap dans les conditions fédérales d'agrément des médecins généralistes et spécialistes?

Envisagez-vous de modifier les arrêtés royaux relatifs à l'agrément des médecins et à la formation professionnelle, notamment l'arrêté royal du 23 avril 2014, afin d'y intégrer explicitement des compétences obligatoires en matière de prise en charge des personnes en situation de handicap?

Quel calendrier le gouvernement fédéral envisage-t-il pour examiner, le cas échéant, ces adaptations au cadre fédéral de l'agrément et de la formation continue de ces médecins?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Taton, l'importance pour les professionnels de la santé de disposer de compétences spécifiques dans l'accompagnement des personnes en situation de handicap est de plus en plus reconnue.

Pour ces personnes, l'accès à des soins de qualité doit être garanti en toutes circonstances, de manière non discriminatoire. Leurs capacités ainsi que leurs difficultés doivent être dûment prises en considération.

Une meilleure connaissance théorique et pratique d'une approche interdisciplinaire et collaborative avec les personnes en situation de handicap constitue des compétences particulièrement utiles. Certaines disciplines médicales disposent, de manière évidente, d'une expertise spécifique et approfondie, notamment la médecine physique, et la formation en tient compte. Toutefois, un enseignement destiné à l'ensemble des médecins, tant au cours de leurs études que dans le cadre de la formation professionnelle et de leur formation continue, apparaît souhaitable.

À l'heure actuelle, la loi relative aux droits du patient comporte déjà plusieurs dispositions imposant une approche adaptée au patient et à sa situation. L'arrêté ministériel du 23 avril 2014 prévoit certaines formations obligatoires pour toutes les spécialités médicales, notamment en matière de communication avec les patients. L'arrêté ministériel du 1^{er} mars 2010 fixe les critères de formation en médecine générale et impose une attention particulière à certaines catégories de patients.

Par ailleurs, un plan d'action fédéral Handicap est en cours d'élaboration sous la coordination de mon collègue, le ministre Beenders. Dans ce cadre, il est examiné de quelle manière la formation des professionnels de la santé relative aux droits des personnes en situation de handicap peut être renforcée. À cette fin, la contribution des différents acteurs de terrain sera également sollicitée, dont Unia, le Conseil Supérieur National des Personnes Handicapées (CSNPH) et les organisations de la société civile. Je m'engage à soutenir activement la mise en œuvre de ce plan fédéral.

16.03 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie. C'était clair, précis et cela fait plaisir à entendre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

17 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les violences gynécologiques et obstétricales et des violences sexistes et sexuelles dans les soins" (56011789C)

17 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Gynaecologisch en obstetrisch geweld en seksueel en seksistisch geweld in de zorg" (56011789C)

17.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, les récentes révélations en Flandre concernant des violences gynécologiques et obstétricales (VGO) ont mis en lumière des violences graves, mais aussi des failles structurelles dans notre système de santé. Plus de 250 plaintes ont été déposées, révélant l'absence de mécanismes institutionnels adaptés pour détecter, sanctionner et prévenir ces violences.

Aujourd'hui, aucune structure ne permet en effet de signaler de manière sûre, centralisée et réellement efficace les violences basées sur le genre – y compris celles qui surviennent en contexte de soins. Les victimes de violences gynécologiques et obstétricales et de violences sexistes et sexuelles (VSS) se heurtent à de nombreux obstacles pour signaler les faits: sidération, dissociation, peur de ne pas être crues, crainte de revivre des situations traumatisantes ou de subir des représailles.

Ces difficultés sont encore plus grandes pour les personnes racisées, trans, en situation de handicap ou ne parlant pas le français. On ne peut pas se contenter de leur demander de porter plainte tant que le reste ne suit pas. Elles doivent pouvoir être entendues et accompagnées et doivent savoir que leur démarche pourra conduire à de réelles améliorations: sanctions proportionnées, soutien effectif et

intégration des bonnes pratiques dans la formation et sur le terrain.

Monsieur le ministre, disposez-vous de chiffres concernant les VGO et les VSS dans notre pays? À qui les victimes doivent-elles s'adresser aujourd'hui pour dénoncer ce type de violences? Quelles suites peuvent-elles être données à ces dénonciations? Quel accompagnement est-il prévu pour les victimes?

La mise en place d'un point d'accès unique, indépendant et clairement identifié, où toutes les victimes de VGO et de VSS en santé puissent être accueillies sans crainte, informées, accompagnées et orientées selon leurs besoins spécifiques, est-elle envisagée? Des campagnes de sensibilisation et d'information sont-elles prévues?

17.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Désir, le sujet des violences gynécologiques et obstétricales est préoccupant. Heureusement, nous agissons dans ce domaine depuis quelques années. En effet, le plan d'action national 2021-2025 prévoyait déjà la constitution d'un groupe interfédéral chargé d'étudier le suivi des recommandations des professionnels en matière de VGO.

Ce groupe de travail a été supervisé par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH). Il était composé de représentants des départements de la Santé et de l'Égalité des chances du fédéral et des entités fédérées, des associations professionnelles, des représentants des associations de patients et de la société civile, ainsi que d'experts en santé mentale en lien avec les soins gynécologiques et obstétricaux.

Les recommandations élaborées dans le cadre de ce groupe s'appuient également sur le rapport d'information du Sénat, paru le 2 février 2024, sur le droit à l'autodétermination corporelle et la lutte contre les violences obstétricales. Par ailleurs, ces recommandations tiennent compte des publications et recommandations internationales parues sur le sujet, notamment celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du Conseil de l'Europe et des Nations Unies.

Le groupe de travail s'est réuni afin d'élaborer une définition commune des VGO, ainsi que de déterminer les mesures prioritaires pour les prévenir. Ce document est finalisé et nous sera soumis sous peu.

À l'heure actuelle, nous ne disposons malheureusement pas de chiffres sur le nombre de femmes ayant été victimes de VGO. Des pistes pour une collecte des données seront certainement proposées par le groupe de travail interfédéral.

Concernant les femmes ayant subi des violences sexistes et sexuelles, nous disposons des chiffres enregistrés par les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS), mais ils ne sont pas spécifiques aux VSS dans le cadre des soins de santé.

En ce qui concerne les recours en cas de VGO ou de VSS, les victimes peuvent s'adresser aux services de médiation des patients, soit dans les hôpitaux, soit directement au service de médiation des patients du SPF Santé publique. Une plainte contre un médecin peut également être introduite directement auprès de l'Ordre des médecins et de la Commission fédérale de contrôle. Dans un CPVS, il est possible de porter plainte auprès de la police, qui tient une permanence sur place ou se déplace à sa demande. En cas de violences sexistes, il est également possible d'introduire une plainte ou un signalement via Unia.

Afin de prévenir les violences, de mieux les identifier et de mieux les prendre en charge, il est important de former le personnel soignant. À cette fin, j'ai financé un vaste programme d'outils et d'e-learning dans le cadre du projet Opération Alerte. Tous ces outils et l'e-learning sont gratuits et peuvent être consultés sur le site "www.operationalerte.be". Les thématiques abordées portent notamment sur la communication respectueuse, le consentement, le droit des patients et la santé sexuelle, les soins sensibles à la diversité, à l'interculturalité, aux personnes présentant un handicap, aux traumatismes, etc.

Dans l'immédiat, j'attends de recevoir le document rédigé par le groupe de travail interfédéral afin de discuter avec les entités fédérées des actions à mettre en place dans le cadre de cette problématique. Actuellement, aucune campagne de sensibilisation ou d'information n'a encore été envisagée.

17.03 Caroline Désir (PS): Merci beaucoup, monsieur le ministre, pour votre réponse.

J'entends des éléments rassurants, car il y a des perspectives. Nous attendrons donc les recommandations de ce groupe de travail afin de pouvoir aller plus loin.

Comme vous le soulignez à juste titre, cela fait déjà plusieurs années que la question des violences obstétricales et gynécologiques est sur la table. Il est temps d'avancer, de pouvoir mesurer ce qui se passe et de disposer de chiffres. Vous nous avez donné quelques pistes, notamment pour permettre aux patientes victimes de porter plainte.

Vous menez des actions en matière de prévention des violences et cela va dans le bon sens. Il est toutefois nécessaire d'enclencher la deuxième vitesse, car il s'agit aujourd'hui d'un phénomène suffisamment relayé pour que nous nous en préoccupions concrètement.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

18 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Stock Monitoring Tool" (56011791C)

18 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le suivi d'inventaire" (56011791C)

18.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Door het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) en de beleidscel Volksgezondheid werd een ontwerp van koninklijk besluit inzake de stockmonitoringtool voorgesteld. Dat ontwerp voorziet in een dagelijkse meldingsplicht voor alle voorraden en verbruiken van geneesmiddelen in farmaceutische bedrijven, ziekenhuisapotheken en officina-apotheken, met als doel stockbreuken te voorkomen of te beheersen. Dat initiatief wordt op zich als waardevol beschouwd. De sector is ook bereid daaraan mee te werken, maar er zijn toch wat bezorgdheden over de proportionaliteit en de efficiëntie van de voorgestelde verplichtingen.

U hebt daarover ook een schrijven ontvangen of er is daarover minstens iets gepubliceerd. Het dagelijks rapporteren van alle voorraden en het gedurende tien jaar bewaren van die gegevens wordt als bijzonder belastend ervaren, zowel administratief als wat de inzet van het schaarse personeel betreft. Een gezamenlijke brief van de sector aan u en aan het FAGG heeft niet tot aanpassingen geleid. De dagelijkse rapporteringsplicht zou ingaan op 1 juli 2026.

Kan de voorgestelde regelgeving volgens u nog worden versoepeld door te werken met een vorm van dynamische lijst van producten die een actuele of dreigende kritieke stockbreuk kennen, in samenwerking met de betrokken sectoren, zoals dat ook al gebeurt via de bestaande taskforces binnen het FAGG?

Kunt u de ratio toelichten achter de keuze voor een algemene en dagelijkse rapporteringsplicht, alsook voor het tien jaar bewaren van alle voorraadgegevens, zowel wetenschappelijk als beleidsmatig?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dank u wel voor de vraag die de gelegenheid biedt om dat belangrijke hulpmiddel in de strijd tegen onbeschikbaarheden even onder de aandacht te brengen.

De stockmonitoringtool heeft een dubbel doel. Hij moet het FAGG toelaten om tekorten sneller te detecteren en om op basis van data toekomstige tekorten te voorspellen en preventief aan te pakken. Die voorspellende meerwaarde vergt volledige en continue gegevens. Een dynamische lijst van enkele kritieke producten zou die voorspellende capaciteit sterk beperken. Een dergelijke lijst laat bovendien geen consistente historiek toe, maakt betrouwbare berekeningen moeilijk en vergt bovendien telkens nieuwe wettelijke aanpassingen, met bijkomende administratieve lasten tot gevolg, alsook vertragingen die efficiënt ingrijpen en het vermijden van stockbreuken zouden verhinderen.

Na overleg met de sector werd het toepassingsgebied wel degelijk ingeperkt. De rapportering geldt niet langer voor geregistreerde geneesmiddelen, alleen voor voorschriftplichtige en/of vergoedbare geneesmiddelen, alsook voor vrij verkrijgbare producten met dezelfde ATC5-code. Geneesmiddelen met een beperkt of zonder therapeutisch belang moeten niet en zullen dus niet gerapporteerd worden.

Daarnaast kan de rapportering volledig geautomatiseerd verlopen, zonder manuele interventie. Dat maakt een hogere frequentie en een bredere scope haalbaar en beperkt bovendien de werkbelasting voor de sector. Het is misschien iets wat niet volledig begrepen is – al geldt dat misschien niet voor u – maar het is een aanpak waarbij de apotheker zelf niet actief moet optreden. Dit is een systeem dat dingen registreert zonder dat de apotheker zelf iets moet inputten.

Tot slot, de gegevens worden inderdaad 10 jaar bewaard door het FAGG zelf, uitsluitend om trends te analyseren en om de noden in België beter in te schatten. Van de betrokken actoren wordt niet verwacht dat ze de gegevens zolang bijhouden.

18.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik weet niet of er ondertussen al gesproken is met de ziekenhuisapothekers, maar dit is een melding die ik van een ziekenhuisapotheker heb gekregen. Die had de bezorgdheid dat er veel meer werk zou zijn door de tool. Meer communicatie ter zake lijkt me noodzakelijk, want er is een grote bezorgdheid over het dagelijks rapporteren en gedurende 10 jaar bijhouden van gegevens. Het is duidelijk dat de hoofdapotheker in kwestie het begrepen had alsof er extra werkdruk voor het apotheekpersoneel zou komen. Misschien moet dat dus nog eens opgenomen worden door het FAGG.

18.04 Minister Frank Vandenbroucke: Mij is gezegd dat dat niet zo is, maar ik zal het doorgeven en we zullen het inderdaad bekijken.

18.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Oké. Dank u.

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

19 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Europese Pharma Package" (56011792C)

19 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Pharma Package européen" (56011792C)

19.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ook deze vraag komt uit de sector van de ziekenhuisapotheken. Bij verschillende ziekenhuisapothekers is er paniek ontstaan omdat er een maximale bewaartermijn van vier weken voor magistrale bereidingen opgelegd zou worden.

Volgens de ziekenhuisapothekers zou die bepaling een belangrijke impact hebben op de huidige praktijk van ziekenhuisbereidingen. Geneesmiddelen moeten uiteraard veilig, kwaliteitsvol en kostenefficiënt worden geproduceerd, conform de PIC/S PE10-richtlijnen, maar er wordt ook gewezen op het feit dat ziekenhuizen, mede door de strengere PIC/S-normen, steeds vaker samenwerken voor gecentraliseerde bereidings- en herverpakingsactiviteiten.

De voorgestelde termijnbeperking zou in die context gevolgen hebben voor bestaande voorraadbereidingen die op individueel medisch voorschrift worden afgeleverd. Vanuit de sector wordt gezegd dat een vaste termijn van vier weken niet steeds afgestemd is op de diverse types bereidingen en de daaraan gekoppelde kwaliteits- en stabiliteitsparameters.

Ik verneem graag van u of er binnen de Europese onderhandelingen nog onderzocht kan worden of die vaste termijn van vier weken voor alle magistrale bereidingen in ziekenhuisomgeving toepasbaar zou zijn. Is dat wetenschappelijk onderbouwd? Gebeurde dat op basis van een risicoanalyse? Zou daarin ook in een zekere dynamiek kunnen worden voorzien?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, in december hebben de Europese Commissie, het Europees Parlement en de Europese Raad een akkoord bereikt over het gehele pakket van aanpassingen op de Europese wetgeving, waaronder de voorraadbereidingen.

In de onderhandelingen maakte de termijn voor het op voorhand bereiden van magistrale bereidingen het voorwerp uit van discussie, omdat verschillende landen verschillende praktijken hanteren. Uiteindelijk werd in een compromis beslist dat voorraadbereidingen mogen geproduceerd worden voor een periode van drie weken. Dat betreft niet de houdbaarheid van magistrale bereidingen, maar wel de

termijn waarvoor een voorraad aangelegd mag worden. Dat compromis werd vastgelegd en staat niet meer open voor onderhandelingen.

19.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, het is dus zelfs nog slechter, want in de ontwerpteksten werd eerst een bewaartermijn van vier weken meegegeven.

Ik begrijp mijn collega's. U bent ook op de hoogte, want u bent zelf ook al in ziekenhuisapotheken geweest. Het gaat om efficiëntieoefeningen, zoals die overal plaatsvinden. Bepaalde geneesmiddelen zijn evenwel echt lang houdbaar. Ik denk daarbij aan gelules en dergelijke, die ook op langere termijn kunnen worden bereid. Zeker nu, met de nieuwe PIC/S-normen, is magistraal bereiden wat minder evident geworden. De kwaliteitscontrole is daarbij geheel terecht en noodzakelijk, maar ik vermoed dat mijn collega's het met die termijn moeilijker zullen hebben.

Dat is allemaal haalbaar voor zeer grote apotheken, zoals ziekenhuisapotheken van grote netwerken of grotere ziekenhuizen, maar niet voor kleinere. Als voorbeeld noem ik een psychiatrisch ziekenhuis dat ik heb bezocht, waarvan de apotheek eveneens aan de PIC/S-normen moet voldoen. Die apotheek heeft het bijzonder moeilijk om alles gerund te krijgen en wordt nu ook nog eens geconfronteerd met het feit dat bepaalde producten voortaan slechts drie weken op voorhand mogen worden gemaakt. Dat maakt het er allemaal niet gemakkelijker op.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de cartouches en insuline pour pompes" (56011794C)

20 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan insulinepatronen voor insulinepompen" (56011794C)

20.01 François De Smet (DéFI): *Monsieur le ministre, je me permets de revenir sur ce dossier en commission car la question écrite que j'avais posée sur ce sujet et portant le numéro 406 a été publiée sans réponse*

Un article publié par la RTBF le 16 juillet 2025, je sais cela date déjà, avait attiré l'attention sur une pénurie persistante de cartouches d'insuline destinées aux pompes, en particulier le modèle NovoRapid PumpCart de Novo Nordisk, qui touche de nombreux patients diabétiques depuis le mois d'avril 2025.

Selon le même article, cette situation plonge de nombreux patients dans l'inquiétude : ils doivent multiplier les visites en pharmacie sans certitude d'approvisionnement, revenir à des stylos injecteurs moins adaptés à leur pathologie, ou acheter à leurs frais des dispositifs à l'étranger.

Certains professionnels de santé alertent sur le risque accru de déséquilibre glycémique et de complications à long terme pour ces patients.

En outre, il est particulièrement préoccupant de constater que de nombreux patients concernés indiquent avoir découvert l'existence de cette pénurie par voie de presse, alors même qu'ils bénéficient d'un dispositif de convention agréé entre l'INAMI, les hôpitaux et les mutualités pour l'usage de la pompe à insuline. Ce manque de communication officielle entretient une anxiété légitime chez des personnes dépendantes à vie d'un apport régulier en insuline.

En conséquence, monsieur le ministre, quelles sont les causes précises de cette pénurie (problèmes de production, priorisation industrielle, logistique, ruptures de stock, désintérêt commercial...)? Depuis quand les autorités sanitaires belges sont-elles informées de cette situation, et quelles actions ont-elles été entreprises auprès du fabricant ou de ses distributeurs? Quelles mesures urgentes sont-elles ou ont-elles été envisagées pour garantir un approvisionnement continu en cartouches d'insuline pour les patients sous pompe (importation alternative, déblocage de stocks, régulation temporaire, etc.)? Une révision du cadre réglementaire ou logistique est-elle prévue pour éviter que ce type de rupture ne se reproduise à l'avenir pour un produit aussi vital que l'insuline? Pourquoi les patients bénéficiant d'une convention pompe à insuline n'ont-ils pas été informés officiellement par les hôpitaux, les mutualités ou

l'INAMI? Quelles mesures seront-elles mises en place pour assurer, à l'avenir, une information proactive, coordonnée et rassurante pour ces patients chroniques en cas de problème d'approvisionnement?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé a été informée le 27 mars 2025 par le titulaire d'autorisation Novo Nordisk d'une disponibilité limitée des médicaments Fiasp Pumpcart et NovoRapid Pumpcart, en raison d'une demande exceptionnellement élevée et de contraintes de capacité de production. Des livraisons de ces deux médicaments ont toujours lieu, mais elles restent insuffisantes pour couvrir la demande totale.

En novembre 2025, l'EMA et Novo Nordisk nous ont informés que la date de fin de la disponibilité limitée était prolongée de fin décembre 2025 à fin mars 2026. Il convient de noter que les pénuries actuelles de Fiasp Pumpcart et de NovoRapid Pumpcart ne concernent pas uniquement la Belgique, mais l'ensemble de l'Europe. Le 27 mars 2025, Novo Nordisk avait informé l'agence d'une disponibilité limitée de ces deux produits. Début mars, l'EMA avait déjà signalé un risque de pénurie dans tous les pays où ces produits sont commercialisés. Novo Nordisk a collaboré de manière proactive avec l'EMA et les autorités nationales afin de limiter l'impact de cette situation. Une communication officielle relative à la pénurie a été élaborée avec l'EMA et diffusée aux professionnels de santé concernés. Grâce au SPOC WP de l'EMA, l'agence a pu donner son avis. La version finale de la communication a été envoyée le 9 mai 2025 aux spécialistes belges, et notamment aux endocrinologues.

Pendant la période de disponibilité limitée de Fiasp Pumpcart et de NovoRapid Pumpcart, Novo Nordisk et l'agence ont pris plusieurs mesures afin de garantir, autant que possible, l'accès au traitement pour les patients utilisant actuellement ces pompes à insuline, dans les limites de la capacité de production existante. Les livraisons des deux médicaments se poursuivent. Depuis décembre 2025, un stock correspondant à quelques mois de Fiasp Pumpcart et de NovoRapid Pumpcart est disponible, et de nouvelles livraisons pour les deux produits sont prévues début janvier 2026. Novo Nordisk collabore étroitement avec l'EMA et l'agence afin de gérer efficacement la pénurie. Une communication a été diffusée recommandant de ne pas initier de nouveaux patients avec Fiasp Pumpcart et NovoRapid Pumpcart. Des traitements alternatifs peuvent être envisagés: les prestataires de soins peuvent, conformément aux directives et à leur jugement clinique, envisager de faire passer des patients existants à d'autres insulines à action rapide. Les patients utilisant une pompe avec réservoir rechargeable, par exemple une pompe Ypsomed mylife, peuvent, en concertation avec leur médecin, envisager de remplir eux-mêmes les réservoirs avec des flacons de Fiasp ou de NovoRapid.

Ces dernières années, l'agence a entrepris de nombreuses actions pour mieux gérer la disponibilité et l'indisponibilité des médicaments. Chaque notification d'indisponibilité est évaluée et analysée par des experts de l'agence à l'aide d'un arbre décisionnel. Lorsqu'il n'existe pas d'alternatives suffisantes disponibles en Belgique, on parle d'indisponibilité critique. Dans ce cas, les solutions suivantes à l'étranger sont envisagées: importation par la firme, importation par le pharmacien, sur la base d'une déclaration médicale et d'une prescription nominative au nom du patient, importation par le grossiste. Tout ceci est basé sur les articles 105 et 105/1 de l'arrêté royal du 14 décembre 2006. Si l'importation depuis l'étranger s'avère également difficile ou impossible, des mesures supplémentaires sont nécessaires. Une *task force* est alors constituée. En cas de pénurie critique aiguë, le mécanisme européen de solidarité peut être activé. Ce mécanisme permet à un État membre de demander de l'aide à d'autres États membres.

Par ailleurs, un cadre légal est en cours d'élaboration pour rendre obligatoire l'utilisation de l'outil de surveillance des stocks.

La plateforme PharmaStatut est la source d'informations sur la disponibilité des médicaments en Belgique. Cette plateforme est accessible à tous. Les patients peuvent s'inscrire via le bouton "Tenez-moi informé" pour recevoir un email en cas de changement dans la disponibilité de ces produits. Comme mentionné, la communication officielle sur la pénurie des médicaments a été diffusée le 9 mai 2025 aux spécialistes concernés, c'est-à-dire les endocrinologues et les endocrinologues pédiatriques. Cette communication est également accessible au public.

20.03 François De Smet (DéFI): Je remercie le ministre pour sa réponse exhaustive et constructive.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

21 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De forensisch-psychiatrische zorg" (56011795C)

21 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins de psychiatrie légale" (56011795C)

21.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): In de forensisch-psychiatrische zorg doorlopen patiënten verschillende fases op weg naar therapie en uiteindelijk zelfstandig wonen. In de eindfase van het traject kunnen zij nog tot zes maanden na hun invrijheidstelling begeleid worden door het forensisch mobiel team. Zeker in crisissituaties is dat heel erg belangrijk. De begeleiding is echt een houvast voor deze bijzonder kwetsbare doelgroep.

Na deze periode van zes maanden vallen de patiënten terug op de reguliere wachtlijsten van de reguliere mobiele GGZ-teams. Dat geeft een iets hoger risico op herval en brengt toch wel bezorgdheden met zich mee. Ik weet dat er heel wat wachtlijsten zijn, zeker wat die mobiele teams betreft, maar ook voor de forensische mobiele teams.

Is er een mogelijkheid om te werken naar een automatische koppeling tussen de forensische mobiele teams en de reguliere mobiele crisisteams, zodat er na afloop van de structurele en goed aanwezige hulp van de forensische mobiele teams een beroep kan worden gedaan op de GGZ-mobiele teams?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Er is heel veel te zeggen over het probleem van de forensisch-psychiatrische zorg en de bijkomende inspanningen die we moeten doen. We willen die ook doen, maar uit tijdsoverwegingen wil ik mijn antwoord concentreren op de zeer precieze vraag.

Een mobiel team langdurige zorg, een zogenaamd 2B-team, richt zich op volwassenen met een ernstige en langdurige psychische kwetsbaarheid, vaak in combinatie met complexe zorgnoden in meerdere levensdomeinen: psychiatrisch noden, sociale noden, het wonen, de dagbesteding en de nood aan een informeel netwerk. Het gaat om cliënten die nood hebben aan langdurige en rehabilitatiegerichte ondersteuning in de eigen leefomgeving, met als doel stabilisatie, herstel en maatschappelijke participatie.

De 2B-teams ondersteunen vandaag reeds cliënten met een interneringsstatuut of na afloop van het interneringsstatuut, op voorwaarde dat een begeleiding vanuit een regulier 2B-team geïndiceerd is voor de zorgnoden en hulpvragen van de persoon. Het interneringsstatuut is op zich geen exclusie- noch inclusie criterium. Doorslaggevend is of de cliënt na afloop van de forensische begeleiding nood heeft aan vervolgzorg vanuit een 2B-team.

21.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik snap het wel, mijnheer de minister. Bij de theoretische begeleiding van het 2B-team zegt men: de patiënt of de cliënt is nu vrij van noden. In de feiten zien we echter dat mensen plots helemaal worden losgelaten. Dat zal u ook wel al gemeld zijn. Bij een crisis, een neiging tot crisis of een neiging tot herval kan men dan nergens meer terecht en dat geeft onzekerheid. Ik ben het met u eens dat er in de forensische psychiatrie heel veel werk is. We hebben ook nood aan *long-term stays*. Dat weet u ook. Het loslaten van mensen die kwetsbaar zijn en bepaalde noden hebben, is een probleem in deze samenleving. We moeten daar voor een back-up zorgen.

Ik pleit hier voor het overschakelen van een 2B-team naar gewone, goede, reguliere zorg via een mobiel team, voor de continuïteit van zorg op momenten waarop het moeilijk is, zodat men een houvast heeft. U weet immers ook dat herval tien keer erger is. Dan begint de cirkel weer helemaal van vooraf aan. Het voorkomen van herval is essentieel.

21.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dit is waarschijnlijk geen perfect antwoord, maar het is wel de bedoeling om nog meer te doen, onder meer via de versterking van de mobiele teamwerking, om geïnterneerden beter te begeleiden in de samenleving. Dat ligt op tafel in de gesprekken die we hebben over de overbevolking.

Ik ben aan het nadenken over het verband met uw vraag. De capaciteit moet inderdaad worden versterkt. Dat is fundamenteel en dat willen we doen. Over de automatische koppeling moet ik

nadenken. Ik weet niet of dat een goede oplossing is, maar ik neem het mee.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accompagnement associatif des détenus usagers de drogues" (56011797C)

22 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De begeleiding door verenigingen van drugsgebruikers in de gevangenis" (56011797C)

22.01 **François De Smet** (DéFI): *Monsieur le ministre, je me permets de revenir sur ce dossier en commission car ma question n° 56005248C, qui avait été transformée en question écrite, a été publiée dans les documents parlementaires, mais sans réponse.*

J'avais en effet été interpellé par une association qui est notamment financée par le SPF Santé publique pour développer un projet d'accompagnement des personnes usagères de drogues en prison sur la base d'un financement du SPF Santé publique.

Ce financement repose sur un arrêté royal renouvelé chaque année – autour de l'été – pour les projets "Drogues et détention" et "Drugs.Lab". Or, ces projets sont précarisés car il a été demandé à l'association de faire des propositions d'activités et de budget sur 4 mois, puis sur 11 mois, puis à nouveau sur 4 mois et de se projeter sur une nouvelle période de 7 mois en fin d'année 2025 – à partir du 1^{er} novembre et du 1^{er} décembre –, alors qu'habituellement ces propositions se font sur 12 mois.

Ainsi, il existe une grande incertitude sur la période de 7 mois qui doit suivre puisqu'elle est tributaire du budget, la période qui est censée être couverte pour l'année à venir couvre seulement 11 mois de projet et non 12. Cette incertitude n'est pas sans conséquences puisqu'elle fragilise la situation du personnel affecté à ces projets, dont l'efficacité et la qualité de suivi sont indubitables, personnel dont l'association est l'employeur et qui pourrait être contrainte de notifier des licenciements. Il me paraît que le gouvernement a affiché sa volonté de renforcer les programmes d'aide aux personnes usagères de drogues en détention.

En conséquence, monsieur le ministre, pouvez-vous me faire savoir si vous avez été alerté par vos services de cette situation rencontrée par les associations qui dispensent un programme d'aide aux personnes toxicomanes en prison? Dans l'affirmative, pouvez-vous confirmer que ces projets pourront être pérennisés dans les temps impartis afin de ne pas impacter le personnel des associations porteuses desdits projets?

22.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur De Smet, le projet-pilote auquel vous vous référez revêt une importance toute particulière à mes yeux. À ce titre, il est expressément inscrit dans l'accord de gouvernement. Je suis pleinement conscient des difficultés de financement auxquelles se heurtent les ASBL qui portent ce projet avec engagement et professionnalisme. Le SPF Santé publique m'a confirmé que toutes les démarches nécessaires étaient entreprises afin de permettre à ces ASBL de poursuivre leurs missions.

Comme vous le savez, les administrations fédérales sont soumises à un cadre budgétaire strict, imposant une gestion prudente et rigoureuse des ressources disponibles. Cette contrainte a conduit à la rédaction de plusieurs arrêtés royaux de financement dans le but explicite d'éviter toute interruption dans les subsides octroyés. Le SPF Santé publique est tenu de suivre toutes les procédures administratives et ne peut y déroger. Par mesure de précaution, l'administration a élaboré plusieurs scénarios de financement, invitant les ASBL concernées à soumettre trois plannings budgétaires distincts, tout en veillant scrupuleusement à ne pas altérer les objectifs fondamentaux du projet-pilote. Ce dernier est actuellement financé sur la base de subsides annuels tels qu'inscrits au budget de l'État.

Afin de garantir l'indexation des salaires et compte tenu des enveloppes budgétaires allouées, il n'a pas été possible de prolonger le projet sur une période de 12 mois, comme cela avait été le cas les années précédentes. Le financement a donc été réparti sur une période de 11 mois, en concertation directe avec les ASBL, de manière à leur assurer les moyens nécessaires à la couverture de l'ensemble

de leurs dépenses.

Je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à tous les acteurs de terrain qui, dans les établissements pénitentiaires concernés, accomplissent un travail remarquable. Je souhaite les assurer de ma volonté politique de maintenir ces projets.

22.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Nous partageons, je crois, ce sentiment d'urgence et d'importance de ce projet que je trouve, moi aussi, essentiel. Je vous remercie d'avoir pris les dispositions pour que les mesures de financement puissent continuer sans interruption et je me joins à vos propos sur le soutien au personnel qui fait, chaque jour, dans ce milieu difficile, un travail remarquable.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56011798C de Mme De Knop est reportée. M. Van Lysebettens et Mme Natalie Eggermont sont absents.

23 Samengevoegde vragen van

- **Natalie Eggermont** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De griep epidemie" (56011831C)

- **Dominiek Snelpe** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De piek van griep en andere luchtweginfecties" (56012254C)

23 Questions jointes de

- **Natalie Eggermont** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'épidémie de grippe" (56011831C)

- **Dominiek Snelpe** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le pic de la grippe et d'autres infections respiratoires" (56012254C)

23.01 Dominiek Snelpe (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, we zitten midden in de winterpiek. Althans, dat was zo op het moment dat ik deze vraag opstelde. Burgers worden geconfronteerd met overvolle wachtzalen, overbelaste huisartsen, lange wachttijden op spoedgevallendiensten en zorgpersoneel dat op het tandvlees zit. Dat is uiteraard geen verrassing, want dat seizoen keert elk jaar terug. Elk jaar moet die piek worden opgevangen en elk jaar worden de knelpunten zichtbaar, namelijk langere wachttijden, een tekort aan bedden en overwerkt zorgpersoneel.

Kunt u de actuele cijfers geven over de druk op spoedgevallendiensten, hospitalisaties en huisartsenwachtposten? Welke prognoses maakt u voor de komende weken?

Welke concrete federale maatregelen zijn vandaag actief om de piekdruk op te vangen?

Welke knelpunten ziet u specifiek in Vlaanderen, bijvoorbeeld op het vlak van personeelstekorten, capaciteit of doorstroming? Welke gerichte acties volgen daarop?

Hoe wordt gegarandeerd dat patiënten niet van het kastje naar de muur worden gestuurd en dat de continuïteit van zorg, vooral voor chronische patiënten, niet in het gedrang komt?

23.02 Minister Frank Vandenbroucke: Zoals u weet, beschikken we voor het tweede winterseizoen op rij over een winterplan voor luchtweginfecties, opgemaakt door de Risk Management Group, in samenwerking met onder meer de Hoge Gezondheidsraad, NITAG, het Strategic Scientific Committee, Sciensano en de Risk Assessment Group Respi. De voor dit winterseizoen herziene versie van dat winterplan werd in de herfst goedgekeurd door de interministeriële conferentie Volksgezondheid en is bovendien publiek raadpleegbaar op de website van de FOD Volksgezondheid, evenals op die van de gefedereerde entiteiten.

Het plan beschrijft in detail de antwoorden op uw vragen. Het bepaalt niet alleen hoe de Respi-radar en de Risk Assessment Group de waarschuwingscode bepalen, maar ook wie verantwoordelijk is voor de alarmering, het management en de communicatie. Het plan bevat in detail aanbevelingen die bij elke epidemiologische situatie horen, zowel voor de algemene bevolking als voor de zorgsector. Die

aanbevelingen worden ook regelmatig gecommuniceerd, zowel via pers en media als per brief aan alle betrokken actoren in de zorg.

We hebben ervoor gekozen om noch de bevolking noch de zorgsector verplichtingen op te leggen, maar wel grondig te ondersteunen via het beschikbaar stellen van epidemiologische informatie, het aanreiken van een vooraf bepaalde strategie die in detail in het plan is beschreven en via zeer tijdige communicatie met herhaling van de voornaamste aanbevelingen per waarschuwingscode.

Ik benadruk dat het winterplan geen plan is dat we voor eens en altijd kunnen afwerken en in de schuif steken, maar een organisch gegeven dat continu moet worden opgevolgd en verbeterd. Uit de grondige evaluatie van het eerste werkingsjaar van het winterplan ontvingen wij alvast positieve feedback, zowel van de eerste lijn als van de ziekenhuizen.

U vraagt naar de actuele cijfers. Op basis van de beschikbare gegevens uit de surveillancesystemen die nauw worden opgevolgd door Sciensano en de Risk Assessment Group betekent de huidige epidemiologische situatie dat we ons sinds 19 januari 2026 in code oranje bevinden. Dat wil zeggen dat er een hoge circulatie is van luchtwegkiemen en dat de druk op ons zorgsysteem belangrijk is, maar nog niet tot echte overbelasting leidt. Gebaseerd op de continu opgevolgde data uit de sentinelpraktijken en uit de ziekenhuizen blijkt dat de workload in de zorg hoog is, maar niet abnormaal voor de tijd van het jaar.

Het klopt dat de griep epidemie, een jaarlijks fenomeen rond deze periode, nog in intensiteit toeneemt, maar die curve is in België vergelijkbaar met de curve van de voorbije vijf jaar. Ze lijkt zich vooralsnog ook niet te onderscheiden van wat jaarlijks wordt verwacht. De RSV-epidemie, eveneens jaarlijks terugkerend en vooral belastend voor kinderen jonger dan vier jaar en voor de oudere bevolking, is op dit moment over haar piek. Het valt te verwachten dat ze vanaf nu zal blijven afnemen. De cijfers voor COVID-19 liggen nog steeds erg laag, waardoor dat virus op dit moment niet noemenswaardig meespeelt in de epidemiologische inschatting.

De prognose is dus, met de nodige voorzichtigheid aangezien de toekomst zich slecht laat voorspellen, dat de griep epidemie nog enkele weken zal aanhouden, dat het RSV-virus over zijn piek is, althans bij kinderen jonger dan vier jaar, en dat het coronavirus momenteel amper meespeelt. In sommige buurlanden is de griep overigens al op haar retour. Ik stel voor dat mijn medewerkers u het laatste rapport van de Respi-Radar doorsturen. Op die manier kunt u alle cijfers en grafieken in detail bestuderen.

Op uw derde en uw vierde vraag wil ik antwoorden dat we elke winter rond deze tijd in code oranje belanden met een zekere druk op de zorgsector. Die situatie houdt in principe slechts enkele weken aan. Vooralsnog vang ik geen signalen op dat de zorgsector aangeeft echt overbelast te zijn of dat patiënten worden doorgestuurd. Evenmin hoor ik dat er op dit moment zorg wordt uitgesteld, niet voor luchtweginfecties, maar ook niet voor andere aandoeningen.

De situatie in code oranje vereist geen extra gerichte acties buiten de aanbevelingen die in het winterplan staan en die zowel voor de zorgsector als voor de algemene bevolking gelden. Dat gaat over hygiëne, thuisblijven voor wie ziek is, zo goed mogelijk verluchten en ventileren en het gericht dragen van een mondmasker voor wie nog symptomen heeft, met name bij patiëntencontacten in de zorg, bij contact met kwetsbare personen en op drukke plaatsen. Als iedereen individuele en collectieve verantwoordelijkheid neemt en die eenvoudige aanbevelingen zo goed mogelijk opvolgt, kunnen we erger vermijden.

Naast het winterplan, dat ook aanbevelingen bevat voor het beleid zelf om in de komende seizoenen nog beter te ondersteunen, namen we al behoorlijk wat maatregelen om de druk op de zorg te verzachten.

De efficiëntste en budgetvriendelijkste maatregel is preventie, via vaccinatie en immunisatie. Vanuit het beleid stimuleren we dat maximaal, maar de vaccinatiebereidheid onder de bevolking ligt te laag. Dat weerspiegelt zich in soms bedroevende beschermingsgraden, ondanks alle inspanningen op zowel federaal niveau als bij de gefedereerde entiteiten die bevoegd zijn voor preventie. Vaccinatie blijft wat mij betreft een prioriteit voor de volksgezondheid. Preventie van infecties door vaccinatie is niet alleen de beste manier om kwetsbare personen te beschermen, ze is bovendien veel kostenefficiënter dan

het behandelen van de ziekte. De FOD Volksgezondheid en de Risk Management Group, volgen de vaccinatiegraad nauw op, zoeken oplossingen voor de bevoorrading, de distributie en de toediening en trachten alle inspanningen van de regio mee te coördineren.

23.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik ben blij dat er inderdaad al een plan is en dat een en ander toch beweegt, maar we stellen vast dat het elk jaar weer voor extra druk zorgt op de zorgsector. Daar knelt helaas het schoentje. Er wordt veel gesproken over extra handen aan het bed, maar die zien we jammer genoeg nog steeds niet. Uw houding tegenover bepaalde sectoren in de zorg zal daar natuurlijk ook geen goed aan doen. U slaagt erin om bepaalde sectoren tegen u in het harnas te jagen. Dat is geen voordeel als men extra mensen aan het bed wil krijgen. Ik ben wel blij dat er een plan is en dat daarover gecommuniceerd wordt. Ik zal uw antwoord nog eens grondig doornemen en aftoetsen bij de werkvloer. Mogelijk hoort u hierover later nog iets van mij.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

24 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'inquiétante évolution du nombre de troubles psychosociaux chez les 18-34 ans" (56011836C)

24 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zorgwekkende toename van het aantal psychosociale problemen bij 18- tot 34-jarigen" (56011836C)

24.01 François De Smet (DéFI): *Un récent rapport des Mutualités Libres intitulé "Les jeunes face à l'incapacité de travail: Le rôle clé de la santé mentale" a mis en évidence l'explosion des problèmes psychosociaux chez les jeunes travailleurs et identifie les multiples facteurs de risque qui menacent leur insertion professionnelle durable.*

L'étude met un focus particulier sur l'évolution de l'incapacité de travail (IT) primaire (moins d'un an) et l'invalidité (plus d'un an) des membres des Mutualités Libres entre 2018 et 2024, en ciblant particulièrement la tranche d'âge des 18-34 ans.

Pour ce qui a trait à cette explosion des troubles psychosociaux, quel que soit l'âge, les principales causes d'entrée en incapacité de travail sont les troubles psychosociaux (troubles mentaux et du comportement, et burn-out) et les affections musculosquelettiques.

A cet égard, le rythme de croissance de l'incapacité de travail due à des troubles psychosociaux est nettement plus rapide chez les 18-34 ans que chez les plus de 34 ans (le nombre d'entrées en incapacité pour burn-out a ainsi augmenté de 136 % chez les jeunes (18-34 ans) entre 2018 et 2024, contre 78 % chez les plus de 34 ans et la dépression a par ailleurs progressé de 36 % dans ce groupe d'âge, soit six fois plus vite que chez les plus âgés).

Cette forte proportion de jeunes en incapacité de longue durée pour motifs psychosociaux et à la nécessité de prendre en charge ces affections de manière différenciée vient clairement contrecarrer la vision punitive consacrée dans la loi exécutant une politique renforcée de retour au travail en cas d'incapacité de travail votée le 18 décembre dernier.

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir:

si il a pris connaissance de cette étude?

si il entend formaliser des "trajets de soins" dédiés aux troubles psychosociaux (burn-out, dépression), incluant un coordinateur de soins et un rendez-vous systématique avec le médecin du travail dès les premières semaines d'absence, comme recommandé par les Mutualités Libres, afin d'accélérer la réintégration durable de ce groupe ciblé par la réforme des maladies de longue durée (MLD)?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les jeunes reconnus en incapacité de travail méritent le meilleur accompagnement et les meilleurs soins possibles. Dans la mesure du possible, ils doivent pouvoir bénéficier de toutes les chances de reprendre le travail. Cela nécessite un effort conjoint des médecins, des mutualités, des employeurs, des prestataires de services et des jeunes eux-mêmes. En cas de problème psychique, les psychologues, les cliniciens et les psychiatres jouent également un rôle crucial.

L'évolution de l'incapacité de travail constitue désormais un défi majeur de santé publique. Elle requiert une approche globale et intégrée, fondée sur des actions collectives et sur la collaboration, afin de promouvoir, protéger et restaurer la santé des jeunes.

L'accord du gouvernement 2025-2029 s'inscrit pleinement dans cette vision et exprime la volonté de mettre en œuvre un plan global de prévention et de retour au travail. Ce plan doit permettre d'agir de manière préventive avant l'apparition de la maladie, mais aussi d'éviter que les personnes présentant des problèmes de santé ne soient durablement absentes du travail. Il vise également à faciliter une reprise rapide du travail, le cas échéant partielle, et à soutenir les personnes gravement malades dans leur trajet de retour au travail. Dans ce cadre, les jeunes peuvent, par exemple, entamer une activité autorisée pendant une période d'incapacité de travail.

Parmi les mesures envisagées, en ce qui concerne la quatrième vague, je prévois également un renforcement de la prime de reprise du travail afin d'encourager davantage les employeurs à aider les personnes reconnues en incapacité de travail à reprendre une activité professionnelle. Cette future mesure incitera certainement les employeurs à offrir aussi des opportunités aux jeunes ayant des antécédents d'incapacité de travail. Les employeurs qui permettront à ces jeunes d'intégrer le travail pendant au moins trois mois via une activité autorisée bénéficieront ainsi d'un soutien supplémentaire.

Dès le début de l'incapacité de travail, des actions rapides sont mises en place afin de garantir un dialogue constructif entre le médecin traitant, le médecin conseil et le médecin du travail. Cela leur permet de réfléchir conjointement aux possibilités d'un trajet de retour au travail, en tenant compte de l'état de santé et du potentiel de travail du jeune. La plateforme TRIO renforce cette communication et favorise une coopération continue entre les parties concernées.

Il reste essentiel d'apporter des réponses appropriées en renforçant le principe selon lequel la santé doit être intégrée dans tous les domaines politiques publics. Mieux vaut prévenir que guérir. Dans le but d'éviter autant que possible l'incapacité de travail de longue durée chez les jeunes présentant des problèmes psychiques et de les accompagner de manière adéquate, nous présentons ci-dessous quelques initiatives concrètes susceptibles d'y contribuer.

Les interventions psychologiques précoces constituent un premier axe. L'étude "*Evaluation of Primary Care Psychology in Belgium*" (EPCAP) en a d'ailleurs démontré l'importance.

Le projet pilote "Stress, Travail et Première Ligne" poursuit également une initiative complémentaire dans ce cadre. Il vise à examiner dans quelle mesure le travail et l'incapacité de travail peuvent jouer un rôle au sein de la convention de soins psychologiques de première ligne, via des cellules de référence, un module d'information et des interventions multidisciplinaires.

Enfin, l'Agence fédérale des risques professionnels (Fedris) propose déjà un programme de prévention du burn-out destiné aux travailleurs du secteur privé ainsi qu'aux administrations locales et provinciales qui rencontrent des difficultés au travail ou qui ont interrompu leurs activités professionnelles depuis moins de deux mois.

Pour les jeunes présentant des problématiques psychiques modérées à sévères, un accompagnement intensif est prévu via la méthodologie "*Individual Placement and Support*". Ce modèle accompagne les jeunes vers l'emploi le plus tôt possible et offre un soutien individuel durable jusqu'à l'obtention d'un emploi.

Dans notre politique, nous misons fortement sur la prévention afin que les jeunes présentant des troubles psychiques ne décrochent pas avant même que leur carrière n'ait réellement commencé. Grâce à cette approche intégrée, qui renforce la prévention, les soins et le soutien, nous aspirons à accompagner de manière optimale les jeunes en incapacité de travail vers un retour durable à l'emploi.

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

Il s'agit d'un sujet extrêmement important. Je ne peux que constater qu'il est pris au sérieux par le gouvernement. En effet, les troubles psychosociaux chez les 18-34 ans constituent un véritable fléau, tant pour l'accès au marché du travail que pour les finances publiques et le bien-être en général. Je ne

peux donc que vous encourager dans cette voie.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

25 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les délais d'attente et les critères de performance dans le cadre du Baromètre hospitalier" (56011838C)

25 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De wachttijden en de performantiecriteria in de context van de Ziekenhuisbarometer" (56011838C)

25.01 **François De Smet** (DéFI): *Malgré un taux de satisfaction fort majoritairement positif (87%) envers le secteur hospitalier – 75 % des sondés considèrent les soins de qualité – les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin spécialiste ou pour un examen médical constituent le principal motif d'insatisfaction tel qu'il ressort du baromètre du secteur hospitalier réalisé à l'initiative de l'association belge des hôpitaux (Hospitals.be) qui regroupe l'ensemble des établissements hospitaliers en Belgique,*

Six personnes sur dix trouvent trop longs les délais d'attente alors que pour 28 %, ces temps d'attente sont très variables selon le type de spécialités ou d'examens. L'insatisfaction la plus significative se trouve du côté des urgences puisqu'à peine un patient sur trois juge y avoir été pris en charge suffisamment rapidement (26 % en Wallonie contre 34 % en Flandre)

A cet égard, la "perception" des patients quant aux délais d'attente mise en avant dans le baromètre a été largement objectivée par une récente étude du KCE, mais les analystes conviennent qu'il faudrait approfondir cela en publiant les critères de performance, hôpital par hôpital Dans notre pays, il n'existe pas de données publiques sur la performance des hôpitaux quant à l'expérience patients ou même leur niveau de qualité et de prise en charge par spécialité médicale à l'échelle nationale

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir:

Quelle est son appréciation par rapport à son baromètre notamment en ce qui concerne les délais d'attente?

Si la performance hospitalière constitue un critère essentiel de classement à venir, qui induit pourtant une logique de rentabilité pas nécessairement compatible avec les critères d'accessibilité et de proximité considérés encore comme prioritaires par la grande majorité des patients, dans un contexte où divers sites hospitaliers sont destinés à fermer leurs portes

25.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Suite à votre question relative au baromètre de satisfaction du secteur hospitalier et aux implications de la future réforme du paysage hospitalier, j'ai l'honneur d'apporter les précisions suivantes: je tiens d'abord à souligner que les résultats du baromètre de l'Association Belge des Hôpitaux, qui révèle un taux de satisfaction globale élevé, 87 %, et une reconnaissance de la qualité des soins hospitaliers, 75 %, constituent un signal important et encourageant. Ils confirment la solidité de notre système hospitalier, mis également en évidence par les analyses des experts mandatés par la CIM Santé publique, qui soulignent parmi les forces du système belge la qualité des soins, l'accessibilité et la compétence des professionnels de santé.

Cela ne veut pas dire que les préoccupations exprimées concernant les temps d'attente peuvent être négligées. Je note que l'insatisfaction la plus significative se trouve du côté des urgences, puisqu'à peine un patient sur trois juge y avoir été pris en charge suffisamment rapidement. Je pense que ceci reflète des réalités que les experts mettent également en avant, notamment une utilisation inappropriée de certains services comme les urgences, et surtout une pénurie de professionnels de soins – un problème systémique qui constitue un défi majeur pour l'ensemble du pays. Ces constats confortent la nécessité d'une réforme ambitieuse mais équilibrée, qui vise à garantir accessibilité, proximité, pérennité et qualité de l'offre hospitalière pour l'ensemble de la population.

La question de la transparence des performances hospitalières est un sujet qui me tient à cœur. Aujourd'hui, la Belgique pourrait en effet faire mieux en termes de l'éventail de données publiques consolidées sur la qualité par spécialité ou sur l'expérience patient. Le suivi d'aspects de qualité

ressortit de la compétence à la fois du fédéral et des entités fédérées, raison pour laquelle nous avons récemment pris l'initiative, au sein de la Conférence interministérielle Santé, de mettre sur pied une plateforme interfédérale qualité qui a comme première mission de formuler une vision commune sur les indicateurs de performance hospitalière à suivre en priorité, tout en assurant que la collecte de ces données assure leur validité sans générer une surcharge administrative indue.

Ce travail est en cours. Par ailleurs, il est important de souligner que la publication future d'indicateurs de performance ne visera pas à classer les hôpitaux, mais à renforcer une culture transparente d'amélioration continue déjà amorcée via les systèmes d'indicateurs de qualité et les audits existants.

Je souhaite aussi insister sur un point fondamental: l'amélioration de la performance hospitalière n'est pas mise en opposition avec l'accessibilité, la proximité ou l'équité territoriale.

La réforme du paysage hospitalier que nous préparons a deux objectifs prioritaires. Premièrement, elle vise à mieux organiser l'offre sur le territoire afin de garantir à la fois proximité des soins essentiels et concentration des activités hautement spécialisées, là où cela améliore la qualité. Deuxièmement, elle reconnaît pleinement les pénuries de personnel, ce qui implique de repenser la répartition des missions hospitalières pour utiliser au mieux les compétences disponibles.

Enfin, concernant les inquiétudes relatives à la fermeture potentielle de certains sites, je souhaite souligner que l'objectif exprimé par les experts dans leur rapport n'est pas de supprimer des sites, mais de mieux identifier leur rôle afin d'assurer une répartition cohérente et durable de l'offre de soins. Comme déjà expliqué, les membres de la CIM ont soumis les recommandations figurant dans ce rapport pour avis à différents organes avant de prendre des décisions de gestion.

25.03 François De Smet (DéFI): Merci, monsieur le ministre.

Reste à savoir si la réforme du paysage hospitalier parviendra à endiguer ce phénomène qui est vraiment vécu par les patients d'une manière assez spectaculaire. Tout le monde se rend bien compte que les délais d'attente s'allongent et se multiplient. Il faut vous laisser le temps d'implémenter cette réforme et voir si elle permettra d'accéder à des spécialistes dans des temps raisonnables. Merci d'être resté, ce qui m'a permis de poser mes dernières questions.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Ceci termine notre commission de ce jour, merci à tous.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 09.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.09 uur.