

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 3 FEBRUARI 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 3 FÉVRIER 2026

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.09 uur en voorgezeten door mevrouw Frieda Gijbels.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 09 et présidée par Mme Frieda Gijbels.

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

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

01 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van gentherapie voor de behandeling van de sikkelcelziekte" (56011763C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeling van sikkelcelziekte" (56012058C)

01 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de la thérapie génique lors du traitement de la drépanocytose" (56011763C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le traitement de la drépanocytose" (56012058C)

De **voorzitster**: Collega Muylle is verontschuldigd.

01.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, sikkelcelziekte is een erfelijke bloedziekte die ontstaat door een mutatie in het gen dat verantwoordelijk is voor de aanmaak van hemoglobine. De afwijking vervormt de rode bloedcellen tot een sikkelvorm die de bloedvaten kan blokkeren, wat kan leiden tot orgaanfalen en ernstige pijn veroorzaakt.

Voor de behandeling van de ziekte bestaat nu een gentherapie die leidt tot de stopzetting van de evolutie van de ziekte. Naast pijnen, ziekenhuisopnames en heel wat leed leidt de ziekte tot arbeidsongeschiktheid, werkloosheid en vroegtijdig overlijden, gemiddeld rond 40 jaar.

De gentherapie kreeg in 2025 de prestigieuze Galenusprijs en werd door het NEED-project gedefinieerd als een van de grootste noden. De aandoening staat op de lijst van *unmet needs*.

De firma Vertex diende al een aanvraag in tot terugbetaling, die eerst werd afgewezen. Er is nu opnieuw een aanvraag ingediend.

Mijnheer de minister, wat is uw houding ten aanzien van de gentherapie voor de behandeling van de sikkelcelziekte?

De gentherapie zal op jaarbasis maximaal tien mensen kunnen behandelen, waardoor de kostprijs per jaar beperkt zal zijn. Op basis van welke argumenten werd de eerste aanvraag tot terugbetaling negatief beantwoord?

Hoe schat u de slaagkansen van de huidige aanvraag in?

In 2023 heeft de Senaat een resolutie over sikkcelziekte goedgekeurd om die ziekte aan te pakken, aangezien 1 op de 2.300 mensen met die ziekte geboren worden, wat bijna van dezelfde grootteorde is als een andere erfelijke aandoening, het veel gekendere mucoviscidose.

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, sikkcelziekte is inderdaad zeer ernstig door de chronische pijn, frequente ziekenhuisopnames en een sterk verkorte levensverwachting. De ziekte vraagt daarom onze aandacht en betrokkenheid.

Gentherapieën als Casgevy vormen zonder twijfel een belangrijke wetenschappelijke doorbraak en bieden hoop aan patiënten voor wie de behandelingsopties vandaag beperkt zijn. Dat is een innovatie die ik vanzelfsprekend toejuich. Tegelijk moeten we dergelijke therapieën zorgvuldig beoordelen, onder meer wegens onzekerheden over de lange termijn, de veiligheid en de duurzaamheid van het effect.

Daarnaast is er de budgettaire werkelijkheid. De gevraagde prijs bedraagt 1,9 miljoen euro per patiënt. Op basis daarvan worden de kosten voor het RIZIV in de eerste drie jaar geraamd op ongeveer 68 miljoen euro voor in totaal 34 patiënten, zowel met sikkcelziekte als met transfusieafhankelijke bèta-thalassemie. U begrijpt dus dat de opportuniteitskosten – dat wil zeggen wat men elders niet kan doen met ongeveer 68 miljoen euro – enorm zijn.

De eerste terugbetalingsaanvraag in 2024 heeft geleid tot onderhandelingen met de firma, met als doel een maatschappelijk aanvaardbare prijs te verkrijgen. Die onderhandelingen hebben helaas niet tot een akkoord geleid. Begin november werd een tweede aanvraag ingediend. De beoordeling van die nieuwe aanvraag loopt. De slaagkansen zullen afhangen van de bereidheid van de firma om haar prijs te herzien.

Effectieve en veilige therapieën zijn essentieel. Ze moeten hand in hand gaan met een faire prijs om een duurzaam beleid te kunnen voeren dat onze solidariteit niet ondermijnt.

01.03 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord.

Eerst en vooral meen ik begrepen te hebben dat voor heel wat innovatieve en gespecialiseerde technieken of behandelingen wel degelijk terugbetalingen bestaan die reeds zijn goedgekeurd. Uiteraard heb ik begrip voor het feit dat de prijs duurzaam moet zijn en ook in de toekomst moet kunnen worden verzekerd. Ik kan alleen hopen dat niet alleen de kostprijs meespeelt, maar dat u ook rekening houdt met de prevalentie van die ziekte.

We hopen dus dat nieuwe onderhandelingen meer zoden aan de dijk kunnen brengen. Ik ben bezorgd over de afloop en hoop dat u in overleg blijft en niet al te snel tot een afwijzing overgaat.

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

02 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "mHealth" (56011764C)**

02 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "mHealth" (56011764C)**

02.01 **Irina De Knop** (Anders.): In 2016 startte de minister van Volksgezondheid van dat moment, mevrouw De Block, het initiatief om via een aantal gesubsidieerde pilootprojecten de meerwaarde van mHealth in de Belgische gezondheidszorg te onderzoeken en te valideren. Eind 2018 was met mHealthBelgium een validatiekader geboren, beheerd door de sectorfederaties beMedTech en Agoria, met een actieve betrokkenheid van drie overheidsinstanties die elk een niveau van de piramide beheerden, met name het FAGG, het eHealth-platform en het RIZIV zelf. Eind 2023 is die samenwerking afgelopen en ging het RIZIV blijkbaar alleen verder met een nieuwe procedure, terwijl Agoria en beMedTech het platform toch voortzetten, in afwachting van de aangekondigde evaluatie van de nieuwe procedure na één jaar.

U begrijpt en ik denk dat u daar zelf ook veel aandacht voor hebt, zo blijkt alvast uit het regeerakkoord, dat die technologische applicaties absoluut noodzakelijk zijn in een veranderend en innovatief zorglandschap. Vandaar dat ik u graag wil vragen, mijnheer de minister, hoe u naar de mHealth-

validatiepiramide kijkt. Enerzijds lijkt die niet meer te bestaan voor de overheid, maar er wordt toch nog naar verwezen in het regeerakkoord. Daar wordt zelfs gezegd dat ze moet worden geoptimaliseerd. Kunt u ons vertellen hoe u dat ziet en hoe zich dat zal uiten? Heeft de evaluatie van de procedure na één jaar, dus na oktober 2024, plaatsgevonden en wat zijn de bevindingen?

We hebben ook begrepen dat er voor de aanvragen in de mHealth-procedure niet-bindende tijdslijnen bestaan. Het regeerakkoord spreekt van heldere tijdslijnen. Wat kunnen we hier nog verwachten? Gaat het erom tijdslijnen bindend te maken, zodat men sneller weet waar men aan toe is?

Een procedure voor tijdelijke terugbetaling lijkt ook al te bestaan. De vraag is of het de bedoeling is technologie tijdelijk terug te betalen voordat men een zorgtraject heeft uitgewerkt. Wie zal die beslissing nemen?

Hoe zal een duidelijk aanspreekpunt bij de overheid gecreëerd worden? Welke autoriteit zal daarvoor bevoegd zijn en welke concrete stappen zult u nemen om de implementatie en adoptie van digitale zorgapplicaties te versnellen?

Vandaag lijkt er immers nog steeds maar één zorgpad te bestaan waarin die tools effectief worden gehanteerd, met name telemonitoring voor hartfalen.

Ik dank u voor uw antwoord.

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De mHealthBelgium-validatiepiramide bestaat inderdaad niet meer, in die zin dat publicatie op de mHealthBelgium-website, een platform dat werd beheerd door beMedTech en Agoria, niet langer noodzakelijk is om in aanmerking te komen voor terugbetaling. De achterliggende principes van elk niveau blijven echter aanwezig binnen de terugbetalingsprocedure. Om een terugbetalingsaanvraag in te dienen, moet de toepassing genotificeerd zijn bij het FAGG en moet een door eHealth opgestelde zelfverklaring worden ingevuld. Verdere optimalisaties zullen vooral toegespitst worden op de manier waarop aanvragen worden geëvalueerd en hoe terugbetalingen tot stand komen.

Een uitgebreide evaluatie heeft tot op heden nog niet plaatsgevonden wegens het beperkte aantal ingediende dossiers. Het eerste dossier, telemonitoring in de oncologie, is ondertussen afgerond. Op basis van de ervaringen met dat dossier, evenals met telemonitoring bij hartfalen, zal worden bekeken hoe de procedures verder geoptimaliseerd kunnen worden. Concrete tijdslijnen zijn op dit moment niet vanzelfsprekend, gezien de beperkte ervaring, de grote variëteit aan technologieën en zorgpaden en de potentiële noodzaak om de huidige financiering fundamenteel anders aan te pakken. Momenteel is het onze prioriteit om de procedures sneller en voorspelbaarder te laten verlopen.

De multidisciplinaire werkgroep mHealth van het Verzekeringscomité kan een tijdelijke terugbetaling uitwerken, al dan niet op voorstel van de aanvrager, met als doel bijkomende evidentieverzameling mogelijk te maken. Ook bij een tijdelijke terugbetaling is het de bedoeling om de technologie breed beschikbaar te maken voor patiënten. Het is daarbij belangrijk dat zorgverleners en zorginstellingen over de nodige middelen beschikken om de patiënten digitaal op te volgen. Telemonitoring, waarbij alarmen niet worden opgevolgd, is slechts in beperkte mate nuttig. In dat opzicht lijkt het onontbeerlijk dat in de meeste gevallen, ook bij een tijdelijke terugbetaling, financiering voor de geleverde zorg wordt voorzien. Een tijdelijke terugbetaling laat wel toe om het zorgpad in een eerste fase pragmatischer vorm te geven en bij afloop bij te sturen indien dat noodzakelijk blijkt.

De terugbetalingsprocedure valt onder het RIZIV. Daarbij wordt samengewerkt met het FAGG, eHealth en de FOD Volksgezondheid.

Binnen het RIZIV is er een specifiek mailadres voor *mobile health*. Als bepaalde vragen een bevoegdheid zijn van een andere administratie, dan nemen die onderling contact met elkaar op.

Tot slot, om nuttige zorgapplicaties op een doelmatige en voldoende snelle manier te integreren in het zorgsysteem zal een aanpassing van de mHealth-procedure en de bijkomende financieringsmechanismen overwogen worden. Ook zullen er evaluaties van de innovatieprojecten plaatsvinden, gefinancierd door de FOD Volksgezondheid, en zullen de geleerde lessen meegenomen worden bij de toekomstige implementatie van mHealth-zorgprocessen.

02.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, als ik uw antwoord analyseer, concludeer ik dat we eigenlijk nergens staan. De evaluatie heeft nog niet plaatsgevonden. Eigenlijk is er totaal nog geen zicht op hoe de toekomstige procedure eruit kan zien. U zei dat er slechts weinig aanvragen zijn geweest. Men zou de evaluatie kunnen maken waarom er zo weinig zijn geweest.

In uw regeerakkoord hebt u gezegd dat dit een prioriteit is, maar ik heb u in uw antwoord geen enkele deadline, geen enkele timing, geen enkel engagement horen geven. Dit is dus iets om verder op te volgen. Het is immers duidelijk dat de toekomst hier voor een stuk in vervat zit.

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

03 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het terugbetalingssysteem voor medische hulpmiddelen en in-vitrodiagnostiek" (56011778C)

03 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le système de remboursement des dispositifs médicaux et des diagnostics in vitro" (56011778C)

03.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, tijdens een recent evenement over kankerzorg schetsten experts en zorgverleners zowel de indrukwekkende vooruitgang als de hardnekkige structurele knelpunten in de Belgische oncologie.

Continue innovatie in diagnostiek, chirurgie, radiotherapie en dies meer is cruciaal. Een even fundamentele rol spelen medische hulpmiddelen en in-vitrodiagnostica. Minimaal invasieve en robotgeassisteerde chirurgie, geavanceerde radiotherapie, moleculaire diagnostiek, *liquid biopsies* en AI-toepassingen zijn ondenkbaar zonder hoogtechnologische medische hulpmiddelen.

Tegelijkertijd is er de trage en gefragmenteerde toegang tot die innovaties in België. Ik kan daarbij terugkoppelen naar mijn vorige vraag. Bij het RIZIV vallen medische hulpmiddelen en in-vitrodiagnostica immers onder verschillende onvoldoende op elkaar afgestemde commissies en procedures. Dat zorgt voor vertraging, ongelijkheid tussen zorgcentra en zeker een gebrek aan voorspelbaarheid voor patiënten, zorgverleners en industrie. Dat heeft uiteraard ook een impact op de levenskwaliteit en de mogelijke werkhervatting na kanker. In de oncologie kost traagheid uiteraard levenskwaliteit en soms ook levensjaren.

Het is dus belangrijk een efficiënt, coherent en toekomstgericht evaluatie- en financieringskader voor medische hulpmiddelen uit te werken.

Mijnheer de minister, ten eerste, in welke mate maakt u werk van een hervorming of een stroomlijning van de commissies en procedures voor de evaluatie en terugbetaling van medische hulpmiddelen en in-vitrodiagnostica?

Zal het toekomstige kankerplan aandacht besteden aan tijdige toegang tot innovatieve medische hulpmiddelen met meerwaarde voor kankerpatiënten?

Zult u daarin ook aandacht hebben voor een versneld evaluatie- en terugbetalingskader voor in-vitrodiagnostische testen?

Is de integratie van data-infrastructuur om AI en gepersonaliseerde zorg mogelijk te maken, een onderdeel van het kankerplan?

Hoe garandeert u dat innovaties tijdig bij zorgverleners en patiënten terechtkomen, zonder te worden afgeremd door institutionele silo's of administratieve vertragingen? Welke initiatieven neemt u daarvoor?

Ziet u in het kankerplan ook mogelijkheden om de toegang tot medische technologieën als horizontale prioriteit te verankeren, zodat innovatie niet afhankelijk blijft van versnipperde structuren of van de financiële draagkracht van ziekenhuizen?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor invasieve medische hulpmiddelen en implantaten gebeurt de terugbetaling vandaag via de Commissie Tegemoetkoming Implantaten en Invasieve Medische Hulpmiddelen (CTIIMH), een commissie die op een transparante en gestructureerde manier werkt. Voor niet-invasieve medische hulpmiddelen is de terugbetaling enerzijds geregeld vanuit verschillende commissies. Daar wordt gewerkt aan een uniformere aanpak inzake evaluatie en behandeling, richting eventuele terugbetaling. Anderzijds is de terugbetaling van heel wat niet-invasieve medische hulpmiddelen en van in-vitrodiagnostica geïntegreerd in de algemene terugbetaling van verstrekkingen of gevat in het artsenhonorarium, dat zowel de medische prestatie als het gebruikte materiaal dekt.

Er bestaat vandaag al een zekere stroomlijning voor innovatieve geneesmiddelen die gekoppeld zijn aan moleculaire testen. In het kader van de nomenclatuurnieuwvorming zal dat principe mogelijk worden uitgebreid naar niet-moleculaire testen, met als doel een coherente en transparante aanpak te waarborgen.

Ik ben mij zeer bewust van het belang van een geïntegreerde benadering van evaluatie en terugbetalingsprocedures, zeker wanneer verschillende elementen inhoudelijk met elkaar verbonden zijn, zoals bij predictieve testen en gepersonaliseerde behandelingen.

Met betrekking tot het toekomstige kankerplan kan ik bevestigen dat de door u aangehaalde thema's zeer nadrukkelijk aan bod komen in de voorbereidende werkzaamheden. In de voorbije maanden organiseerde de stuurgroep van het kankerplan zeven thematische workshops, telkens met een specifieke focus in de kankerzorg. Daarbij waren stakeholders uit uiteenlopende belangengroepen vertegenwoordigd. Thema's zoals de tijdige toegang tot innovatieve medische hulpmiddelen, evaluatie en terugbetalingskaders voor diagnostische testen en de rol van data-infrastructuur voor artificiële intelligentie en gepersonaliseerde zorg werden uitvoerig besproken.

Het kankerplan wordt momenteel verder uitgewerkt op basis van de input en zal nog worden getoetst door de bevoegde instanties, met aandacht voor onder meer de administratieve haalbaarheid, de budgettaire impact en dataverzameling en -analyse.

Concreet werd de voorbije jaren sterk geïnvesteerd in innovatieve moleculaire diagnostiek, onder meer in het budget voor de terugbetaling van NGS-diagnostiek. Ook voor *liquid biopsies* loopt momenteel een dossier, met als doel uiterlijk tegen april voor een aantal kankers in terugbetaling te voorzien. Voor radioligandtherapie wordt op dit moment een dossier ter uitbreiding van de terugbetaling in de Technisch Geneeskundige Raad behandeld.

Met betrekking tot artificiële intelligentie hanteer ik een open en toekomstgerichte houding. Verdere stappen zullen worden gezet in nauwe samenwerking met de artsen, die door dergelijke toepassingen vaak op een fundamenteel andere manier zullen werken.

03.03 **Irina De Knop** (Anders.): Bedankt voor uw antwoorden.

Misschien heb ik niet goed opgelet, maar kunt u zeggen wanneer het nieuwe kankerplan zal worden voorgelegd aan het Parlement?

03.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb daar niet op geantwoord, omdat ik dat niet zomaar voor de vuist weg kan zeggen.

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

04 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De blijvende vertragingen bij Medex" (56011783C)**

04 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les retards persistants chez Medex" (56011783C)**

04.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben een aantal meldingen ontvangen van burgers waaruit blijkt dat de terugbetaling van medische kosten door Medex aanzienlijke vertraging oploopt. Zo is er een dossier dat in februari vorig jaar werd ingediend en op het moment van onze

melding nog steeds niet verwerkt zou zijn. Het ging om een dossier met een waarde van 3.500 euro, wat geen klein bedrag is. Dat zijn bedragen die een serieuze financiële impact kunnen hebben op patiënten en mogelijk de voortzetting van noodzakelijke behandelingen kunnen verhinderen.

Een half jaar geleden stelde ik hierover al een vraag in deze commissie. Toen gaf u aan dat de vertragingen te wijten zijn aan personeelsproblemen, een moeizame verhuis, onvolledige dossiers en de invoering van het nieuwe IT-systeem Medical Cost 2. U stelde dat recente correcties ervoor zorgen dat het systeem nu zonder problemen draait en lichtte het Facturatoproject toe, dat de digitale uitwisseling van facturen en medische documenten moet verbeteren.

Gezien de meldingen die we nog ontvangen, heb ik toch een aantal vragen voor u.

Kunt u aangeven of het IT-systeem Medical Cost 2 op dit moment effectief alle ingediende dossiers binnen de beloofde termijnen verwerkt? Geldt dat ook voor de oudere dossiers, dus de dossiers die werden ingediend voor de correcties van het systeem werden doorgevoerd? Als dat niet het geval is, wordt er dan een planning gehanteerd om de oudere dossiers in te halen en welke termijn wordt daarvoor voorzien?

Zijn er garanties dat de verdere uitrol van het Facturatoproject geen bijkomende vertragingen zal veroorzaken bij de terugbetaling van medische kosten?

Tot slot blijven patiënten nu nog te vaak in het ongewisse over de stand van zaken met betrekking tot een dossier. Is er daarom in een communicatiestrategie voorzien om patiënten en zorgverleners beter te informeren over de status van de dossiers en over de verwachte uitbetalingstermijnen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik neem die vertragingen inderdaad ernstig. Sinds we daarover gesproken hebben in juli, mevrouw Gijbels, zijn er belangrijke stappen genomen, zowel op het vlak van de personeelsbezetting als op het vlak van de IT-ondersteuning en de processtabiliteit.

Wat uw eerste twee vragen betreft, het IT-systeem Medical Cost 2.0 functioneert vandaag eindelijk stabiel en conform de vooropgestelde verwachtingen. In combinatie met de huidige personeelsbezetting is het team nu volledig gedimensioneerd om de instroom van nieuwe dossiers in principe tijdig te kunnen verwerken. Voor dossiers die werden ingediend voor en tijdens de uitrol van het nieuwe systeem geldt momenteel een prioritaire inhaaloperatie.

Daarbij wordt er bewust voor gekozen om eerst in chronologische volgorde de oudere dossiers te behandelen, zodat achterstanden zo snel mogelijk worden weggewerkt. De intentie is om deze achterstand zo snel mogelijk weg te werken, zonder de verwerking van nieuwe dossiers in het gedrang te brengen.

De voortgang wordt nauw opgevolgd en waar nodig bijgestuurd.

Parallel aan deze inhaaloperatie wordt verder ingezet op de uitrol en de optimalisatie van de nieuwe webapplicatie MyMedex. Die toepassing is ontwikkeld om de volledige verwerking voor alle betrokken partijen, zowel de administratie als de klanten, vlotter, transparanter en sneller te laten verlopen.

Wat betreft het dossier van 3.500 euro dat u in uw vraag vermeldt en dat nog niet verwerkt zou zijn, moet ik een beetje nuanceren. Er zijn twee mogelijkheden. Het kan inderdaad dat dit dossier nog niet behandeld is wegens de achterstand. Als dat zo is, dan zal dat met de inhaaloperatie zo snel mogelijk in orde worden gebracht of is het ondertussen al in orde gebracht. Een andere mogelijkheid is dat de dienst in kwestie wacht op bijkomende informatie van de klant en/of de zorgverstrekker om de verwerking te kunnen afronden. In dat geval kan er niets worden gedaan totdat die informatie bezorgd is.

Wat uw derde vraag betreft, er zijn momenteel geen indicaties dat de uitrol van Facturato bijkomende vertragingen zal veroorzaken. Integendeel, het project zou net moeten bijdragen aan een efficiëntere verwerking van dossiers via een digitale en gestandaardiseerde uitwisseling van facturen en medische documenten met zorgverstrekkers. Medex heeft de voorbije jaren enkele stappen gezet om dit project in een stroomversnelling te krijgen, maar wacht momenteel op feedback van de andere betrokken partijen. Zodra er nieuwe informatie is, zal Medex verdere stappen ondernemen.

Wat uw vierde vraag betreft, ik deel uw bezorgdheid dat patiënten vroeger nog te vaak onvoldoende zicht hadden op de stand van zaken in hun dossier. Medex heeft de voorbije maanden echter sterk ingezet op de verbetering van zijn communicatie met klanten.

Zoals ik daarnet al zei, heeft Medex een nieuwe digitale tool ontwikkeld, MyMedex genaamd. Via dit platform kunnen klanten hun medische attesten en verschillende dossiers, zoals medische kosten, arbeidsongevallen, beroepsziekten en re-integratie, raadplegen. Ze kunnen hun aanvragen opvolgen, nieuwe aanvragen indienen en bijkomende informatie bezorgen. Wie geen gebruik wil of kan maken van dit portaal, kan documenten nog altijd per post versturen of contact opnemen met het servicecentrum van de FOD Volksgezondheid via e-mail of telefoon.

Wat de communicatie naar de zorgverstrekkers betreft, heeft Medex de nieuwe tool verder verfijnd, waardoor medische onkosten die moeten worden terugbetaald aan zorgverstrekkers sneller en doeltreffender kunnen worden geïdentificeerd, zodat die kosten niet te lang blijven liggen. Het Facturatoproject zou op termijn de oplossing moeten bieden om de werkrelaties tussen de administratie en de zorgverstrekkers aanzienlijk te verbeteren.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het is goed dat het systeem nu stabiel functioneert en dat de personeelsbezetting op punt staat. U haalt het nieuwe platform MyMedex aan. Dat is heel belangrijk in het kader van de transparantie ten aanzien van de aanvrager.

Wat de communicatie met de zorgverstrekkers betreft, meen ik te hebben begrepen dat daar nog wat werk aan de winkel is. We beschikken vandaag over alle tools om vlot met elkaar te kunnen communiceren, dus dat zou inderdaad in orde moeten komen. We zullen dat blijven opvolgen.

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

05 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het softwaregebruik door ziekenfondsen" (56011784C)

05 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les logiciels utilisés par les mutuelles" (56011784C)

05.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, de elektronische uitwisseling van gegevens tussen zorgverleners en ziekenfondsen verloopt via het platform MyCareNet. Via dat platform kunnen zorgverleners onder andere de facturen van hun patiënten indienen voor de derde-betalersregeling. De ziekenfondsen maken daarbij gebruik van eigen softwareprogramma's naar keuze om te communiceren met de webservices van MyCareNet.

In het verleden bereikten ons signalen dat de verwerking van facturen, onder andere die voor de derde-betalersregeling, vertraging kon oplopen ten gevolge van problemen met de software die door de ziekenfondsen wordt gebruikt. Als dergelijke problemen zich voordeden, dan kon het RIZIV slechts in beperkte mate ingrijpen, daar die software niet door de overheid wordt beheerd, maar door de ziekenfondsen zelf. Daarover heb ik een aantal vragen voor u:

Ten eerste, klopt het dat de ziekenfondsen vandaag nog altijd gebruikmaken van zelfgekozen software om te communiceren met de webservices van MyCareNet?

Ten tweede, zijn er ondertussen al stappen gezet naar een stroomlijning van de softwaresystemen?

Ten derde, hoeveel problemen en vertragingen inzake facturatie en uitbetalingen via MyCareNet hebben zich in de afgelopen jaren voorgedaan?

Ten vierde, in welke mate hebben die vertragingen geleid tot vertragingen in de uitbetaling aan zorgverleners of patiënten?

Ten vijfde, wat is uw standpunt over het idee om te evolueren naar één uniform softwaresysteem voor

de communicatie met MyCareNet, verplicht voor alle ziekenfondsen in dat geval, en beheerd door het RIZIV?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, om te beginnen kan ik u zeggen dat het klopt dat de ziekenfondsen gebruikmaken van zelfgekozen software om te communiceren met de webservices van het MyCareNet-platform.

Ten tweede, er zijn in de afgelopen jaren synergieën ontstaan tussen de verzekeringsinstellingen op het vlak van softwaregebruik voor de verwerking van facturen die elektronisch worden ingediend door zorgverleners in derde-betaler. Zo maken de VI's 200, 400, en 500 gebruik van dezelfde software. De VI's 100 en 300 hebben aangekondigd in de nabije toekomst te zullen gebruikmaken van dezelfde software.

Ten derde, de facturatie-instructies en de bijhorende controles door de VI's worden besproken en vormgegeven in de Commissie voor informatieverwerking van het RIZIV. In die commissie zijn de softwareleveranciers, de verzekeringsinstellingen en de zorgverleners vertegenwoordigd. Door die gezamenlijke werkzaamheden worden problemen bij de verwerking van de elektronische facturen door de VI's zoveel mogelijk vermeden. Eventuele onterechte verwerpingen van facturen worden door de zorgverleners gemeld bij de betrokken VI en/of het RIZIV. Men zoekt dan een gepaste oplossing.

Begin 2024 waren er enkele problemen bij de migratie van het systeem van de Liberale Mutualiteiten. Een volledig overzicht van alle bekende incidenten bevindt zich op een statuspagina van het eHealth-platform, op het u gekende webadres status.ehealth.fgov.be, zonder dat het servicelevelagreement tussen het RIZIV en de mutualiteiten werd overschreden.

Ten vierde, het RIZIV heeft geen kennis van structurele problemen op het vlak van de verwerking van elektronische facturen in de derde-betalersregeling. Hetzelfde geldt voor de elektronische getuigschriften van verstrekte hulp die buiten de derde-betalersregeling met het oog op de terugbetaling van de sociaal verzekerde naar de verzekeringsinstellingen worden gestuurd. Eventuele problemen worden gemeld bij de betrokken verzekeringsinstelling en/of het RIZIV en voorzien van een gepaste oplossing.

Ten vijfde, in het kader van de werkzaamheden tot hervorming van de nomenclatuur onderzoeken we inderdaad of we naar één tariefmotor in plaats van vier tariefmotoren kunnen evolueren.

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

Het is goed dat er synergieën zijn ontstaan, dat er nog bij zullen komen en dat wordt onderzocht hoe men naar één tariefmotor kan evolueren. Problemen zullen op die manier sneller worden herkend en opgelost. Daar kijk ik graag naar uit.

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

06 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De tewerkstelling van 000-artsen" (56011798C)**

06 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'emploi des médecins avec code de compétence 000" (56011798C)**

06.01 **Irina De Knop (Anders.)**: Mijnheer de minister, in de media was er een tijdje geleden heel wat te doen rond 000-artsen. Zo'n arts heeft een medisch diploma en mag de geneeskunde beoefenen, maar is niet als huisarts geregistreerd en is dus geen HAIO of huisarts met verworven rechten. Naast de prestaties die aan alle artsen zijn toegestaan, mag een 000-arts onder andere farmaceutische producten en klinisch-biologische en medische beeldvormingstests voorschrijven, maar om terugbetaald te worden, moet een 000-arts voor bepaalde prestaties de patiënt onder behandeling hebben.

Blijkbaar zijn er heel wat 000-artsen werkzaam in forfaitaire praktijken. Zij mogen dat maximaal een jaar doen, in afwachting van hun erkenning tot 003- of 004-arts. Voor medische huizen is de tewerkstelling

van een 000-arts een financieel interessante zaak. De 000-artsen kosten niet veel aan de werkgever, maar brengen evenveel op als erkende huisartsen. Er is dan ook een belangrijk risico dat de tewerkstelling langer dan een jaar aanhoudt of dat die artsen opeenvolgend tewerk worden gesteld in verschillende medische huizen.

Nochtans bepaalt artikel 11, § 1, van het koninklijk besluit van 3 april 2013 tot uitvoering van artikel 52, § 1, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen dat de zorgverleners van een medisch huis moeten voldoen aan de accrediteringsvoorwaarden, uiterlijk een jaar nadat ze deel uitmaken van de groep van zorgverleners van dat medisch huis.

Mijnheer de minister, hoeveel 000-artsen waren er in 2024 en 2025 actief in een medisch huis? Hoeveel waren er toen al langer dan een jaar actief in een medisch huis? Hoe vaak werden in de afgelopen vijf jaar financiële sancties opgelegd aan forfaitaire praktijken, omdat de 000-artsen er langer dan een jaar actief blijven? Kunt u mij die informatie bezorgen, opgesplitst per jaar? Hoeveel 000-artsen waren in 2024 en 2025 al langer dan 12 maanden actief in verschillende opeenvolgende praktijken om op die manier artikel 11, § 1, van het genoemde koninklijk besluit te omzeilen?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Artikel 11/1 van het koninklijk besluit van 23 april 2013, dat artikel 52, § 1, van de gecoördineerde wet uitvoert wat de medische huizen betreft, zoals ook gewijzigd door een KB van 11 september 2020, bepaalt het volgende: de zorgverleners van het medisch huis voldoen aan de accrediteringsvoorwaarden bedoeld in artikel 2, uiterlijk één jaar nadat ze deel uitmaken van de groep van zorgverleners van het medisch huis. De bepalingen van het KB van 23 april 2013 zijn niet van toepassing op artsen met competentiecode 000. Het forfait huisartsgeneeskunde in het KB omvat geneeskundige verzorging, verleend door een geaccrediteerde huisarts. De 000-artsen zijn geen huisartsen. De in dit antwoord gebruikte gegevens over de 000-artsen werden opgehaald uit ProGezondheid. Die gegevens kunnen onvolledig zijn, bijvoorbeeld als een arts een relatie met een medisch huis niet heeft geregistreerd. 000-artsen zijn niet verplicht om hun relatie met een medisch huis in ProGezondheid te vermelden.

Op uw eerste vraag, volgens ProGezondheid waren er in 2024 57 artsen met kwalificatie 000 die minstens één dag geregistreerd stonden in een medisch huis. In 2025 waren het er 50.

Ten tweede, volgens ProGezondheid waren er 24 artsen in 2024 en 21 artsen in 2025 die al langer dan één jaar in één of meerdere medische huizen actief waren.

Ten derde, er is niet in sancties voorzien voor activiteiten van 000-artsen in medische huizen gedurende meer dan twaalf maanden, omdat die niet onder de bepalingen van het KB vallen. Naast de drie disciplines die in het koninklijk besluit zijn vastgelegd, huisartsgeneeskunde, kinesitherapie en verpleegkundige zorg, staat het medische huizen vrij om andere beroepsbeoefenaars aan te werven, zoals psychologen en diëtisten. Het KB heeft geen betrekking op die beroepen en daarom geldt de accreditatieverplichting niet voor hen. Medische huizen kunnen ook geen 000-arts in loondienst of zelfstandige in dienst nemen om de dienst te verlenen die hij mag uitoefenen. Zolang er voldoende huisartsen in het medisch centrum zijn, is er geen grond om sancties op te leggen op basis van het koninklijk besluit.

Ten vierde, volgens ProGezondheid waren er drie artsen in 2024 en twee artsen in 2025 al langer dan twaalf maanden actief in verschillende praktijken. Die artsen zijn al meegeteld bij de artsen die worden vermeld in het antwoord op uw tweede vraag.

We hebben geen zicht op de intenties van die artsen, maar er kan geen sprake zijn van het omzeilen van artikel 11/1, aangezien dat niet van toepassing is op die artsen.

Huisartsgeneeskunde is een erkende specialiteit in de geneeskunde die een doorgedreven en specifieke opleiding vraagt. Het is dan ook niet meer dan logisch dat huisartsgeneeskundige zorg door huisartsen wordt uitgevoerd. We zullen dat ook in overleg met de sector aanhalen en nader bekijken of regelgeving moet worden aangepast om de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg te waarborgen.

06.03 **Irina De Knop** (Anders.): Klaarblijkelijk lezen wij dat artikel van het KB anders en gingen we

ervan uit dat ze dat maximaal een jaar mogen doen. Het is op zich wel een probleem dat artsen op die manier blijven werken. Dat is toch niet de bedoeling geweest van de wetgever. Ik vraag me af wat uw visie daarop is.

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

07 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De onderbenutting van het RIZIV-budget" (56013214C)

07 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sous-utilisation du budget de l'INAMI" (56013214C)

07.01 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, vandaag is het zorgpersoneel opnieuw op straat gekomen, tot hier in de Wetstraat. Ik was daar ook. Ik heb u jammer genoeg niet gezien, maar de boodschap van de mensen daar is wel heel duidelijk. Er moeten nu investeringen komen in de zorg, die kunnen echt niet meer wachten.

De werkdruk is enorm hoog. Mensen vallen uit en moeten steeds meer doen met minder. Voor de patiënten wordt de zorg duurder. Wat doet deze regering ondertussen? Verder besparen. Ook vandaag stond het in de krant. Qua timing kon het tellen. De zorgsector wacht een inspanning van bijna 600 miljoen euro in 2027. De dag dat zij op straat komen, komt dat nieuws naar buiten.

Dat komt boven op de besparing van 1,3 miljard euro dit jaar, als je die besparing optelt bij de onderbenutting, want dat is natuurlijk wat hier moet gebeuren. Besparing na besparing. Het zorgpersoneel wordt compleet uitgeperst. Ze komen op straat en krijgen gewoon extra besparingen op hun bord. Er wordt nu gesproken over 600 miljoen euro in 2027, met daarin een onderbenutting van 336 miljoen euro. In de begroting van dit jaar is er boven op de 900 miljoen euro ook nog eens 469 miljoen euro onderbenutting.

Daarover heb ik een aantal vragen, mijnheer de minister. Wat al die onderbenuttingen betreft, zowel dit jaar als volgend jaar, over welke posten gaat het concreet? Waar wordt die onderbenutting precies voorzien?

Daarnaast geldt natuurlijk dat als men zoveel onderbenutting voorziet, de reële groeinorm lager ligt dan wat wordt gecommuniceerd. Voor 2026 zou die berekend zijn op 0,8 %, voor volgend jaar op 1,8 %. Kunt u die cijfers bevestigen?

Het kan ook interessant zijn om te weten hoeveel van de 4 miljard euro waarvan altijd wordt gezegd dat die in deze legislatuur in de zorg wordt geïnvesteerd er in totaal onderbenut is. Kunt u desgevallend ook de cijfers per jaar geven?

Tot slot zijn de mensen vandaag op straat gekomen omdat zij niet akkoord gaan met het feit dat er pas in 2028 een sociaal akkoord zou komen. Welke impact zullen al deze onderbenuttingen hebben op het budget voor dat sociaal akkoord in 2028?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u wel, mevrouw Eggermont.

Om te beginnen heeft de krant *La Libre* zich helaas vergist in het cijfer. We hebben dat ook laten weten. Het cijfer is gebaseerd op een dubbeltelling. Ik wil u dat ook kort uitleggen.

Men heeft ingeschat wat het verschil is tussen het budget en de verwachte uitgaven voor 2027. Volgens het Federaal Planbureau, met het PROMES-model, zou de kloof tussen het budget en de uitgaven 298 miljoen euro bedragen. Volgens het RIZIV – ik verwijs naar een nota die gisteren in de Algemene Raad is besproken – zou de kloof 235 miljoen euro bedragen. Daarbij is echter al rekening gehouden met de zogenoemde niet-geaffecteerde bedragen.

De krant heeft die niet-geaffecteerde bedragen, die 200 à 300 miljoen euro bedragen, per vergissing bij de kloof opgeteld. Zo komt ze aan 600 miljoen euro, maar dat is een dubbeltelling. Helaas voor de

redactie is het cijfer dus fout, maar het is misschien een begrijpelijke fout. We hebben dat ook laten weten.

Overigens zijn die niet-geaffecteerde bedragen een budgettaire techniek die we ook in de vorige periode al hebben gebruikt. In de vorige legislatuur zijn die teruggebracht van 700 miljoen euro naar de vermelde 200 à 300 miljoen euro in het budget voor 2025. Dat is dus niet nieuw. Ik kom daar dadelijk uitgebreider op terug.

We hebben dat dus aan de krant *La Libre* laten weten. Zich vergissen is menselijk, maar het bedrag klopt niet.

Los daarvan is er een debat dat we later zullen voeren. Men spreekt over 2027, maar de uitgaven die we met enige zekerheid voor dat jaar kunnen verwachten zijn op dit ogenblik niet zo gemakkelijk te voorspellen. We hopen bovendien dat die in gunstige zin zullen worden beïnvloed door de maatregelen die we nemen, die moeten leiden tot meer doelmatigheid in de zorg.

Ik kom bij uw vraag waar de niet-gefinancierde middelen vandaan komen. Dat is inderdaad niet zo eenvoudig, want u verwijst naar een bedrag van 469 miljoen euro, dat eigenlijk verschillende oefeningen samenneemt.

Niet-gefinancierd is een actuariële techniek. Als een besparing wordt gerealiseerd, maar het bedrag van de groeïnorm wordt niet verlaagd, zegt men dat er iets in zit wat niet gefinancierd is.

Tegenover het deel van de norm dat niet is gefinancierd, staan ook geen uitgaven. Dat is inderdaad het resultaat van een besparing, maar de basis waarop de norm wordt berekend, wordt niet aangepast. Men houdt een bepaald bedrag als basis in de toekomstige ontwikkelingen van de norm, ook al wordt dat niet uitgegeven.

Hoe komt de commissie voor de begrotingsdoelstellingen tot dat bedrag? Dat is samengesteld uit een hele reeks oefeningen uit het verleden, aangevuld met een oefening in het kader van de opmaak voor 2026. In de legislatuur 2020-2024 was er een niet te besteden bedrag inzake farmaceutica van 250 miljoen euro. Daarnaast was er een technische correctie van 125 miljoen euro, waarvan de helft binnen de norm valt. Dat is 62,5 miljoen euro die erbij moet worden geteld. Er was ook een doelstelling om inzake doelmatigheid inspanningen ten belope van 40 miljoen euro te leveren. Dit heeft nog steeds betrekking op de periode van 2020 tot 2024.

Voor 2026 vroegen we ook een borg van de verzekeringsinstellingen ten belope van 25 miljoen euro voor een betere handhaving van de uitgaven. Daaraan hebben we toegevoegd dat men binnen de doelstelling 91,5 miljoen euro zou moeten vinden door inspanningen te leveren op het vlak van een doelmatige beheersing van de uitgaven.

Als men dat samentelt, 250, 62,5, 40, 25 en 91,5 miljoen euro, komt u ongeveer uit op het cijfer dat u vermeldt.

Dat zijn echter heel verschillende oefeningen. Het gaat telkens om een bedrag dat wel in de norm is ingeschreven, maar dat niet wordt uitgegeven.

Conform het door de regering bepaalde traject voor 2021-2024 moesten er structurele maatregelen worden genomen met betrekking tot de sector van de farmaceutische specialiteiten om het begrotingssaldo van de federale regering te verbeteren. De dato 2026 heeft dat pakket maatregelen ervoor gezorgd dat de doelstelling voor farmaceutica 250 miljoen euro lager ligt dan het geval zou zijn geweest als we in 2021 geen maatregelen waren beginnen te nemen. Dat is dus geen nieuwe besparing. Die 250 miljoen euro is een inspanning die is geleverd.

Ik ga over naar die 125 miljoen euro, waarvan de helft binnen de doelstelling valt.

Vanaf 2024 dient een technische correctie te worden doorgevoerd binnen en buiten de RIZIV-begrotingsdoelstelling Gezondheidszorg ten belope van 125 miljoen euro. De helft binnen de begrotingsdoelstelling is gerealiseerd. Ook dat is dus geen nieuwe inspanning. Dat is al gebeurd.

Dan kom ik bij *appropriate care* of doelmatige zorg. Alle overeenkomsten- en akkoordencommissies dienden voor 2024, op basis van de goedgekeurde gezondheidszorgbegroting 2023 en de afspraken die daaromtrent werden gemaakt in het Verzekeringscomité, voorstellen voor *appropriate care* uit te werken ten belope van in totaal 80 miljoen euro in 2024. De maatregelen hebben tot doel uitgaven weg te werken die niet tot gepaste zorg leiden.

Dankzij de realisatie van de maatregelen *appropriate care* wordt bijkomende budgettaire ruimte gecreëerd om te beantwoorden aan onvervulde noden. De helft van die 80 miljoen euro, met andere woorden 40 miljoen euro, kon in 2024 worden gebruikt om nieuwe beleidsmaatregelen te financieren binnen de eigen partiële begrotingsdoelstelling van de verschillende sectoren. De andere helft, dus 40 miljoen euro, maakt deel uit van het niet-gefinancierde bedrag binnen de globale begrotingsdoelstelling. Ook dat is geen nieuw bedrag. Dat is een bedrag dat hier als niet-gefinancierd staat. Er zijn geen nieuwe maatregelen voor nodig. Dat is gebeurd.

Dan kom ik tot de nieuwe elementen. De nieuwe elementen zijn elementen die eigenlijk figureren in de begroting voor 2026. Er is de borg van 25 miljoen euro die wij aan de verzekeringsinstellingen vragen in het kader van de handhaving. Daar is een afspraak over gemaakt. Ik ga ervan uit dat als de verzekeringsinstellingen hun werk doen, wij door betere handhaving onterechte uitgaven ten belope van 25 miljoen euro vermijden. Als ze daar niet in slagen, nemen wij die 25 miljoen euro af van hun administratiekosten.

Bovendien is er een bijkomende inspanning van 91,5 miljoen euro. In het regeerakkoord werd opgenomen dat vanaf 2026 bijkomende maatregelen dienen te worden gerealiseerd ter beheersing van de uitgaven ten belope van 125 miljoen euro in 2026. De opdrachtbrief die wij vanuit de regering hebben verstuurd, verduidelijkte dat van die 125 miljoen euro 91,5 miljoen euro binnen de begrotingsnorm diende te worden gerealiseerd. Dat staat ook in de technische ramingen.

Wat dus eigenlijk afgaat van de groeinorm die wij nu toekennen of niet financieren, om dat jargon te gebruiken, is wat betreft de oefening die nu loopt – dat zijn ook de enige nieuwe elementen – enerzijds die 91,5 miljoen euro en anderzijds voornoemde 25 miljoen euro. Die 25 miljoen euro is een bedrag waarvoor de ziekenfondsen actie moeten ontwikkelen, waarvoor ze borg moeten staan.

De titel in *La Libre* was dus fout en we hebben dat laten weten. Vergissen is menselijk. Het is te vroeg om vooruit te lopen op 2027. Uw vraag over dat cijfer betreft voor een groot deel afspraken uit het verleden die ook zijn gerealiseerd. Een deel betreft recentere afspraken, waaraan wordt gewerkt.

07.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik denk dat de mensen die vandaag op straat zijn gekomen zeer geïnspireerd zijn door de cijfers die we hier hebben gekregen. *La Libre* heeft zich vergist, maar u bevestigt wel dat er boekhoudkundig gegoochel is, waardoor een deel van de beloofde groeinorm niet is gefinancierd. Dat geld is er ook gewoon niet. Er is dus een verschil tussen wat deze regering zegt en de middelen die effectief voorzien worden. De mensen in de zorg voelen dat elke dag. Op zich is het positief dat de norm behouden blijft, om ervoor te zorgen dat het bedrag waarop de volgende keer berekend wordt niet daalt. Als men die norm echter zo uitholt, dan wordt het problematisch. U hebt niet geantwoord op mijn vraag wat die reële groeinorm dan is. U bevestigt wel die 469 miljoen voor dit jaar, wat neerkomt op een groeinorm van 0,8 %. Dat ligt ver van wat u beweert. Voor volgend jaar is het minder dan wat *La Libre* zegt, maar het blijft wel zo dat er honderden miljoenen worden bespaard. De vraag was verder hoeveel van die 4 miljard onderbenut wordt. Op die vraag antwoordt u niet. Het is dus duidelijk, er wordt van alles gezegd, maar uiteindelijk volgen de middelen niet.

Dan klinkt het dat er geen geld is, dat we allemaal moeten oppassen en dat er overal moet worden hervormd. Tegelijkertijd vindt men met een vingertip miljarden om F-35's te kopen bij Trump. Dat begrijpen de mensen niet. De zorgsector mag dan creperen. Mensen komen verschillende keren op straat en er wordt niet geluisterd. De mensen waren vandaag heel strijdbaar. Iemand zei mij dat de regering sneller moe zal worden dan zij. Dat geeft veel hoop, want ze zullen doorgaan. Op 12 maart is er opnieuw een betoging, zodat de mensen kunnen zeggen dat ze niet akkoord gaan met de keuzes die de regering maakt.

07.04 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mevrouw, er zijn honderden miljoenen opzijgezet voor een sociaal akkoord voor de zorgsector, voor betere lonen, betere arbeidsvoorwaarden en meer handen

aan het bed. Ik spreek daar ook over met de werkgevers en de werknemers van de sector. Dat is de realiteit.

Er komt geld bij in de zorg, ook voor het zorgpersoneel. En tegelijkertijd moeten we inderdaad durven te hervormen.

07.05 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Er komt een sociaal akkoord, maar de mensen zijn vandaag op straat gekomen om te zeggen dat het *too little too late* is. Het sociaal akkoord is voorzien voor 2028, maar ondertussen is er afbraakbeleid op de pensioenen en op de index. Er is flexibilisering. Dat gaat het zorgpersoneel enorm hard raken. Er wordt verder bespaard en dan wordt er gezegd dat men in de toekomst misschien kruimels zal krijgen.

Mijnheer de minister, ik weet niet of u weet hoe het er vandaag aan toegaat op het werkveld, maar het is vandaag dat er investeringen nodig zijn; het is al vijf na twaalf. U denkt de mensen te kunnen sussen door te zeggen dat ze nog even moeten wachten, dat u in 2028 misschien nog een kruimel zult hebben voor hen. Dat is onrespectvol ten aanzien van de zorg.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

08 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tandartsentekort" (56013215C)

08 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de dentistes" (56013215C)

08.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, naar aanleiding van cijfers die zijn verschenen in de *Krant van West-Vlaanderen* wil ik dit punt aankaarten. Het gaat mij aan vanuit de provincie. Er is in het algemeen een tandartsentekort, maar in West-Vlaanderen is de situatie echt heel prangend. Het is voor patiënten zeer moeilijk om een tandarts te vinden.

Op de spoed ben ik daar zeer vaak mee geconfronteerd geweest. Mensen komen daar met tandpijn waar ze al lange tijd mee rondlopen. Ze hebben verschillende tandartsen opgebeld, die echt hun best doen, maar nergens kunnen ze terecht, omdat we met zo'n groot tekort zitten.

In West-Vlaanderen is er 1 tandarts per 1.249 inwoners. Daarmee scoren we het slechtst in Vlaanderen. Veel tandartsen getuigen dat ze hun job met veel plezier en passie doen, maar dat ze hele dagen patiënten aan de telefoon moeten teleurstellen omdat er een patiëntenstop geldt en het niet meer lukt om hen erbij te nemen. Dat is heel moeilijk. Men doet die job immers om voor mensen te zorgen, maar men moet hen heel vaak teleurstellen omdat er gewoon geen plaats meer is.

Door dat tekort zien we ook dat steeds meer tandartsen zich deconventioneren en hogere tarieven aanrekenen, waardoor de zorg minder toegankelijk wordt. Mensen moeten dan zeer hoge bedragen betalen voor die zorg. We zien ook dat meer en meer mensen zorg uitstellen wegens de kostprijs. Er zijn dus enerzijds tekorten aan tandartsen en enorme wachtlijsten, met soms maanden wachten op een afspraak, of een volledige patiëntenstop, waardoor mensen op de spoed terechtkomen. Dat is uiteraard niet de plaats waar die patiënten zouden moeten belanden. Anderzijds zijn er mensen die de zorg gewoon uitstellen.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende. Welke maatregelen kunt u nemen om te garanderen dat iedereen een tandarts kan vinden, zeker in gebieden met zulke grote tekorten? Er is al een versoepeling geweest van het aantal toegelaten kandidaten bij het ingangsexamen. Die eventuele versoepeling blijft hoe dan ook nog altijd beperkt. De instroom blijft dus beperkt, terwijl we meer zorgverleners nodig hebben. Bent u bereid om de instroom nog verder te versoepelen?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: De toegankelijkheid van tandzorg is inderdaad een belangrijk punt. Er zijn wel degelijk maatregelen genomen. Het nieuwe zorgberoep van mondhygiënist werd bijvoorbeeld ingevoerd met als doel bepaalde preventieve en ondersteunende tandheelkundige handelingen op te nemen, zodat tandartsen zich kunnen concentreren op meer complexe zorg. Die beroepsgroep is sinds 2018 via een koninklijk besluit erkend als een zorgberoep en er is ook een stijgende interesse in de opleiding. In 2023 waren er 291 nieuwe inschrijvingen en ongeveer

90 afgestudeerden in de Vlaamse Gemeenschap. Dat is toch een mooi cijfer, vind ik. Daarnaast werd het quotum voor tandartsen aanzienlijk verhoogd om het toekomstige zorgaanbod te versterken. Dat heeft uiteraard pas effect na een periode van zes jaar, wat de duur van de opleiding is.

Wat het toelatingsexamen betreft, dat blijft een essentieel instrument om de kwaliteit van de opleiding, en dus ook de kwaliteit van de zorg voor de patiënt, te kunnen blijven garanderen. Daarom kiezen we voor een geïntegreerde aanpak, waarbij de Planningscommissie niet alleen rekening houdt met de instroom, maar ook met de geografische spreiding, de samenwerking binnen het tandheelkundig team en de rol van aanverwante zorgberoepen. De Planningscommissie werkt momenteel aan de vastlegging van de quota vanaf 2031. Ik heb gevraagd om daarbij ook goed te kijken naar de impact van in het buitenland opgeleide tandartsen, zodat het toekomstige zorgaanbod correct en volledig in kaart wordt gebracht. Op basis van die analyses kan het planningskader, indien nodig en op een verantwoorde manier, worden bijgesteld.

08.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Dank u wel, mijnheer de minister.

Inderdaad, de inschakeling van mondhygiënist is iets wat veel naar voren komt en dat effectief een goede manier is om het probleem op te lossen.

Zoals u zegt, zullen we lang moeten wachten tot de verdere versoepeling van het toegangsexamen effect heeft. Ondertussen worden de patiënten wel geconfronteerd met al de stops en is er een toeloop naar de spoedafdeling, waar er nu ook veel problemen zijn. Er zijn personeelstekorten en er is een griepiek. Door de hervorming van het ziekenhuislandschap zal de druk op de spoedafdeling natuurlijk verder blijven toenemen, als er niet gehandeld wordt.

Ik mis ook nog een element over een eventuele aantrekking naar meer landelijke gebieden. We zien immers een verschil tussen de stedelijke context en de meer landelijke gebieden, ook in onze provincie. In Frankrijk heeft men meer ervaring daarmee en zorgt men ervoor dat er voldoende artsen zijn, ook in gebieden waar de bevolkingsdichtheid lager is. Dat is misschien ook iets om verder rekening mee te houden. De tandartsen en de mondhygiënist die afstuderen gaan immers niet per se in de Westhoek werken. Dat is toch een aspect dat verder uitgewerkt kan worden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 **Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les maladies rares" (56011906C)**

09 **Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Zeldzame ziekten" (56011906C)**

09.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés) : Monsieur le ministre, je vous avais déjà interrogé à plusieurs reprises à ce sujet, pour avoir des informations quant à la mise en œuvre de l'accord de gouvernement, qui fait explicitement référence au développement d'un nouveau plan "maladies rares" et prévoit d'agir pour les patients souffrant de maladies rares, avec notamment un diagnostic plus précoce, une orientation plus rapide, une meilleure coordination des soins et la simplification des démarches administratives.

En septembre dernier, vous me répondiez que vos administrations, je cite, "ont mis en place deux structures essentielles. D'une part, un comité de rédaction composé du SPF Santé publique, de l'INAMI, et de la cellule stratégique de mon cabinet. D'autre part, un groupe de travail élargi, réunissant des représentants de patients, des fonctions 'maladies rares', Sciensano, la Fondation Roi Baudouin, ainsi que les membres du comité de rédaction. Ce groupe de travail se réunit une fois par mois et contribue activement à la rédaction du plan, tant par des échanges en réunion que par des contributions écrites via une plateforme collaborative. Le comité de rédaction est continuellement actif dans le travail de rédaction du plan. Des réunions régulières sont prévues d'ici la fin de l'année avec des *stakeholders*, avec pour objectif d'aboutir à un plan consolidé en décembre 2025."

Monsieur le ministre, nous sommes début février 2026. Je souhaiterais recevoir des informations récentes quant à l'élaboration du nouveau plan. Mes questions sont donc les suivantes: où en est la rédaction de ce nouveau plan? Quel travail a été mené par le comité de rédaction et par le groupe de

travail élargi jusqu'à présent et quel travail reste-t-il à faire? Quelles actions concrètes ont déjà été menées, parallèlement à la rédaction du plan? Où en est la cartographie de l'expertise disponible en Belgique en matière de maladies rares? Vous m'avez répondu que la concertation avec les autres niveaux de pouvoir aura lieu dans une phase ultérieure. Avez-vous une idée du timing et des modalités de concertation?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Gatelier, je vous remercie pour votre suivi attentif de l'élaboration du nouveau plan national pour les maladies rares.

Le groupe de travail élargi que vous mentionnez a poursuivi ses travaux de manière intensive tout au long de l'automne. Il a respecté les calendriers fixés et a finalisé, en décembre 2025, une proposition de plan complète. Cette version provisoire est actuellement en cours d'adaptation au sein du SPF Santé publique, de l'INAMI et de mon cabinet. Ce travail porte à la fois sur le contenu et sur la clarté du langage afin de disposer d'une version accessible et compréhensible pour le grand public.

Parallèlement à cette rédaction, plusieurs actions concrètes ont déjà été initiées. Une stratégie destinée à améliorer l'enregistrement des données relatives aux maladies rares est en cours d'élaboration. Nous travaillons également à des mesures structurelles visant à soutenir l'association coupole de patients RaDiOrg. En outre, le travail préparatoire à la création d'une plateforme d'information destinée au public a débuté afin de renforcer l'accès à des données fiables et actualisées.

Concernant la cartographie de l'expertise, un travail approfondi est actuellement mené en collaboration étroite avec les hôpitaux disposant de l'agrément "fonction maladies rares", RaDiOrg et Sciensano. La méthodologie est en phase de finalisation et une plateforme numérique spécifique est en développement pour garantir un encodage sécurisé, simple et cohérent des données.

Les travaux se poursuivront de manière intensive dans les prochains mois, avec l'objectif de rendre publique une première version de la cartographie d'ici la fin de l'année 2026. Je rappelle que cette cartographie est pensée comme un exercice continu, régulièrement mis à jour, afin de refléter l'évolution de l'expertise sur le terrain et d'offrir une visibilité claire aux patients, aux prestataires et plus largement au grand public.

Enfin, s'agissant de la concertation avec les entités fédérées, une première consultation informative a déjà eu lieu durant l'automne.

À ce stade, nous ne disposons pas encore d'un calendrier détaillé pour la suite de ces échanges, car nos efforts se concentrent actuellement sur la finalisation du plan et sur la mise en place de la cartographie. Une fois le plan publié, nous pourrions engager des discussions plus approfondies avec les entités fédérées, afin de définir les modalités d'une collaboration renforcée dans les mois et les années à venir.

09.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, tout d'abord je vois qu'effectivement, vous – mais surtout les personnes qui s'investissent dans votre cabinet et les membres du groupe de travail élargi – avez respecté le calendrier et c'est une bonne nouvelle. Nous savons que les maladies rares font partie d'une réalité de l'accord Arizona. Je suis donc content de voir que les choses avancent bien.

Je trouve très importante cette cartographie de l'expertise, qui sera dynamique puisqu'évoluant avec une plateforme numérique, tout comme l'enregistrement des données. Ces deux éléments liés à la problématique du RGPD étaient souhaités depuis très longtemps. Je ne sais pas comment ils y sont arrivés, mais je n'aborderai pas cette question aujourd'hui, elle fera sans doute l'objet d'autres questions lors du panel de la semaine prochaine.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Stéphane Lasseaux à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La préparation des hôpitaux belges en termes de résilience" (56011907C)

10 Vraag van Stéphane Lasseaux aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De paraatheid en weerbaarheid van de Belgische ziekenhuizen" (56011907C)

10.01 **Stéphane Lasseaux** (Les Engagés): Monsieur le ministre, en janvier 2025, les directions hospitalières belges ont reçu un questionnaire de la Défense et du SPF Santé publique pour connaître leur niveau de préparation et de résilience. Le contexte géopolitique international et la possibilité de conflits de haute intensité nous conduisent à devoir nous préparer à la gestion des conséquences de tels conflits.

Nous sommes un an plus tard. Je souhaiterais disposer d'informations récentes à ce sujet. Dès lors, monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur le contenu du questionnaire envoyé aux hôpitaux belges? L'enquête est-elle terminée? Combien d'hôpitaux ont-ils répondu au questionnaire? Qui est chargé de l'analyse des réponses? Quels sont les résultats de cette enquête? Des recommandations ont-elles été rédigées pour améliorer la situation? Quelles suites comptez-vous y apporter, en collaboration avec votre collègue en charge de la Défense, et en concertation avec les acteurs de terrain concernés? Des échanges ont-ils lieu avec vos homologues européens à ce sujet, sachant qu'en France par exemple, il semblerait qu'une réflexion identique est menée avec les hôpitaux, afin de se préparer à prendre en charge des victimes d'un conflit armé, que nous espérons ne jamais voir venir?

10.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Lasseaux, dans le contexte géopolitique actuel, en effet, une attention renouvelée s'est portée sur la résilience nationale. La Belgique, en tant que pays de transit important et hôte de diverses institutions stratégiques, ne peut être dissociée de scénarios de menaces potentielles en cas d'escalade supplémentaire. C'est dans cette perspective qu'il a été jugé nécessaire d'analyser également la préparation et la résilience du système de santé civil, face à une éventuelle menace militaire.

Cette étude s'inscrit dans le cadre de la demande plus large de l'OTAN, adressée aux États membres, visant à construire un système de santé résilient, capable de faire face à des incidents de grande ampleur, impliquant un nombre important de victimes.

La question centrale de l'enquête était la suivante: dans quelle mesure le système de santé civil belge est-il préparé à prendre en charge des victimes lors d'attaques cinétiques de grande ampleur sur le territoire belge, dans un scénario d'article 5?

L'enquête a ainsi examiné différentes dimensions de la résilience hospitalière, parmi lesquelles la planification, l'organisation, la capacité, la communication et la formation.

La collecte des données est désormais terminée. Au total, des réponses ont été recueillies auprès de 99 sites hospitaliers généraux belges. L'analyse des résultats a été réalisée par la Défense. Le SPF Santé publique a apporté son soutien en contactant les hôpitaux, en centralisant les réponses et en les mettant à disposition de manière anonymisée pour l'analyse.

Nous ne pouvons pas communiquer les résultats, qui ont été classés comme "sensibles non classifiés". Cela signifie que la diffusion de l'information doit rester limitée. Nous ne souhaitons pas que tous les points sensibles de la résilience de nos hôpitaux soient repris dans un document public, comme c'est le cas pour les questions parlementaires. De plus, lors de l'enquête, aucune autorisation explicite n'a été demandée aux hôpitaux participants pour diffuser ou rendre publics les résultats.

L'analyse de l'enquête a mis en évidence plusieurs points d'attention, indiquant où un renforcement supplémentaire de la planification est nécessaire afin de mieux préparer les hôpitaux. Ces constats servent de base à une réflexion et à un développement politique ultérieur.

Les résultats ont été partagés de manière agréée avec les hôpitaux identifiés comme entités critiques.

La Belgique participe activement aux groupes de travail et initiatives pertinents de l'OTAN. Ces échanges permettent de partager les meilleures pratiques et d'aligner davantage notre approche

nationale sur les standards internationaux.

10.03 Stéphane Lasseaux (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour les réponses.

Nous comprenons tout à fait qu'il y a des réponses que vous ne pouvez nous donner en public. Toutefois, il est important de se préparer. Nous espérons évidemment ne jamais devoir nous servir de cette préparation, mais celle-ci nous permettra d'être beaucoup plus résilients en cas de conflit ouvert.

Merci encore une fois pour vos réponses.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Stéphane Lasseaux à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La préparation de notre système de santé à tout type de menace" (56011908C)

11 Vraag van Stéphane Lasseaux aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De paraatheid van onze gezondheidszorg bij diverse dreigingen" (56011908C)

11.01 Stéphane Lasseaux (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement prévoit, dans le chapitre intitulé "Préparation aux pandémies", qu'en tant qu'autorité publique, nous devons veiller à ce que notre système de santé soit prêt à faire face à tout type de menace, qu'elle soit chimique, biologique, radiologique ou nucléaire (CBRN).

Nous veillons à la constitution d'un stock stratégique interfédéral de médicaments, de dispositifs médicaux, de vaccins et d'équipements de protection individuelle, avec une gestion des stocks efficace et moderne. À cet effet, nous prévoyons un financement récurrent. Le contexte géopolitique mondial actuel nous oblige à nous interroger sur cette préparation au-delà du contexte des pandémies. Il s'agit aussi de nous préparer à des situations de conflit à haute intensité. Je me répète, malheureusement.

Monsieur le ministre, au-delà du contexte des pandémies, pourriez-vous nous éclairer sur ce qui est mis en place concrètement dans le cadre de la préparation de notre système de santé pour faire face à ce type de menaces? Au-delà de la question des infrastructures hospitalières, des concertations sont-elles menées avec les professionnels de la première ligne?

Je vous remercie pour vos réponses, dans la mesure de ce que vous pouvez nous communiquer.

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Nous avons effectivement élargi notre approche de la préparation aux urgences sanitaires afin d'intégrer pleinement les risques CBRN et les situations de crise majeure, qu'elles soient d'origine naturelle, accidentelle ou intentionnelle.

Cette approche s'inscrit dans une vision interfédérale cohérente, étroitement alignée sur les recommandations européennes et sur les scénarios de risque identifiés au niveau national.

Plusieurs axes prioritaires sont actuellement en cours de mise en œuvre.

Premièrement, le stock stratégique interfédéral est progressivement élargi et modernisé afin de répondre de manière adéquate aux risques CBRN et aux crises majeures. Il comprend des médicaments essentiels pour faire face à des expositions CBRN, tels que des antidotes chimiques et des agents chélateurs, des dispositifs médicaux et des équipements de protection individuelle adaptés aux différents types de menace, ainsi que les vaccins et contre-mesures médicales nécessaires face à des agents biologiques à haut risque. Ce stock est géré selon des principes de rotation, de traçabilité et d'interopérabilité avec les régions, les services de secours et la Défense.

Deuxièmement, nous actualisons régulièrement les plans d'urgence hospitaliers et les plans médicaux d'intervention afin d'y intégrer les scénarios CBRN et les situations de conflit intensif. Cette évolution s'accompagne de formations spécialisées et d'exercices conjoints associant les hôpitaux, les zones de secours, la Défense, les services de police, l'AFMPS, ainsi que Sciensano. Vous aurez peut-être entendu que le ministre de la Défense a annoncé hier que nous étions d'accord pour inclure dans la

formation des médecins la capacité d'aider des patients ayant subi de graves blessures d'ordre militaire.

Troisièmement, un accord de coopération avec les entités fédérées est en cours d'élaboration dans un groupe de travail. Il doit façonner et formaliser davantage la coordination entre les autorités sanitaires en cas de crise sanitaire. De plus, un projet est également en voie d'élaboration pour renforcer la gestion de crise du SPF Santé publique, en s'appuyant sur la coopération avec les entités fédérées, ainsi que sur la coordination en collaboration avec le Centre national de crise dans une phase fédérale. Les analyses de risque géopolitiques et sanitaires alimentent la planification et la priorisation des investissements.

Votre deuxième question aborde à juste titre la dimension de la première ligne, essentielle à toute réponse sanitaire d'urgence. En effet, des concertations se tiennent régulièrement avec des acteurs de la première ligne tels que les médecins généralistes et leurs cercles, les pharmaciens, les maisons médicales, les services infirmiers à domicile, etc. Ces échanges permettent d'intégrer les réalités de terrain dans les plans d'urgence, de clarifier les rôles en matière de signalement précoce, de triage et de continuité des soins essentiels, de définir les besoins en formations spécifiques en rapport avec ces risques et d'assurer l'accès aux contre-mesures médicales en cas de risque. Nous travaillons également à renforcer la communication opérationnelle vers ces acteurs afin de garantir leurs réactions coordonnées et cohérentes en situation d'urgence.

11.03 Stéphane Lasseaux (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Il est clair, et je me répète, qu'il importe de bien nous préparer, de manière à être résilients. Comme vous l'avez signalé, il me paraît essentiel que la première ligne soit bien informée et préparée. Nous l'avons notamment vu pendant la pandémie du covid-19, où la phase de démarrage fut assez compliquée – et nous le comprenons, car c'était une première pour nous. Espérons bien évidemment que ce ne sera pas le cas si un conflit éclate. Encore merci pour la préparation.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Questions jointes de

- Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la réforme du paysage hospitalier dans la région de Mons-Borinage" (56011917C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme des hôpitaux" (56012130C)

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56013144C)

12 Samengevoegde vragen van

- Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen van de hervorming van het ziekenhuislandschap in de regio Bergen-Borinage" (56011917C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van de ziekenhuizen" (56012130C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van de ziekenhuizen" (56013144C)

De **voorzitter**: Collega Meunier is verontschuldigd. Haar vraag nr. 56011917C vervalt.

12.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, de interministeriële conferentie Volksgezondheid gaf bijna een jaar geleden aan een expertengroep de opdracht om aanbevelingen te formuleren voor de hervorming van het ziekenhuislandschap en de financiering ervan. Die groep kwam tot de conclusie dat 39 van de 132 ziekenhuizen tegenwoordig eigenlijk te klein zijn om alle zorg te kunnen blijven aanbieden. Opnieuw wordt dat heel actueel als ik verwijs naar de EFFECT-studie, die heeft aangetoond dat er voor baarmoederkanker een correlatie is tussen de kwaliteit van de zorg en het aantal behandelingen in een ziekenhuis. Volgens de expertengroep zou het belangrijk zijn dat een site minstens 240 bedden heeft, waarvan 150 en in een latere fase zelfs 180 verantwoorde acute bedden moeten zijn. Ook voor materniteiten werd bepaald dat er minimaal 600 bevallingen per jaar zouden moeten zijn.

Dat alles zorgt voor onrust en onduidelijkheid op het terrein, niet het minst omdat dat ook gevolgen heeft voor de infrastructuursubsidies voor nieuwbouw. Die subsidies worden verleend door de gemeenschappen. Zo zou bijvoorbeeld in mijn provincie het AZ Diest volgens de normen van die experts moeten worden omgevormd tot een dagziekenhuis, terwijl het net een nieuwbouw met een beddenhuis heeft gerealiseerd.

De evolutie naar ziekenhuizen die enkel planbare ingrepen doen zonder overnachting is een gevolg van het feit dat steeds meer patiënten in een dagziekenhuis worden behandeld, waarbij een overnachting niet altijd noodzakelijk is, zoals blijkt uit een studie van het KCE. Dat heeft verder ook een impact op de thuiszorg, zowel wat betreft de hoeveelheid als de aard van het werk.

Daarom is het belangrijk om snel met de juiste antwoorden te komen.

Mijnheer de minister, wat is de stand van zaken met betrekking tot de werkzaamheden van de expertengroep? Is men al gekomen tot een definitieve lijst van ziekenhuizen die te klein zijn om als regionaal ziekenhuis te blijven bestaan?

Wanneer zult u met de ziekenhuizen communiceren over hun toekomst? Wordt er overleg gepleegd met de gemeenschappen om te voorkomen dat ziekenhuizen die niet als regionaal ziekenhuis kunnen blijven bestaan een nieuwbouw zouden opzetten?

Hoe houdt de expertengroep bij haar voorstellen rekening met het feit dat meer ingrepen gebeuren in een dagziekenhuis dankzij de vooruitgang in de medische technologie?

Wordt er nagedacht over de bestemming van beddenhuizen van ziekenhuizen die niet langer als regionaal ziekenhuis zullen kunnen functioneren?

Meer daghospitalisatie betekent ook een ander soort werk voor thuisverpleegkundigen. Hoe bereidt u de thuisverpleging daarop voor? Is de verschuiving van minder ziekenhuisverzorging naar meer thuisverzorging ook voordelig inzake de kostprijs? Zo ja, hebt u al zicht op de mogelijk positieve effecten daarvan?

12.02 **Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, de expertencommissie adviseert voor heel wat ziekenhuizen de omschakeling naar een dagziekenhuis. Dat betekent ook dat de spoeddienst en de materniteit zouden sluiten. Ik heb zelf in zo'n ziekenhuis gewerkt, in AZ Delta in West-Vlaanderen, dat bestaat uit de kleine campus in Menen en de grotere campus in Roeselare. Ik volg op zich de redenering dat voor zware pathologie, trauma, zware hartproblemen, het cathlab en dergelijke, en voor moeilijke ingrepen een vorm van expertise moet worden opgebouwd en dat er centralisatie moet zijn. Als men een bepaalde ingreep slechts één keer per jaar of om de twee jaar uitvoert, kan men die expertise niet opbouwen.

Daar staat tegenover dat zorg veel meer omvat. Ik heb daarnet al gezegd dat we op de spoeddienst bijvoorbeeld heel veel mensen zien met tandpijn. Ik vind dat die mensen ook dicht bij huis moeten kunnen worden opgevangen. Hetzelfde geldt voor de materniteit. De materniteit in Menen is een heel bekende, waar heel veel mensen naartoe komen om te bevallen. Ik ben daar zelf ook bevallen van mijn twee kindjes. Dat is een kleine materniteit met heel veel menselijkheid en warmte.

In die zin gaan wij niet mee in een redenering die alles herleidt tot efficiëntie. Dan krijgt men immers echt grote centra, grote mastodonten, waar patiënten nummers worden en waar dokters hun patiënten niet meer persoonlijk kennen, terwijl dat net de kracht is van de kleine ziekenhuizen.

Ook de impact op de werkdruk voor het personeel baart mij zorgen. De patiënten die vandaag in kleinere ziekenhuizen worden verzorgd, verdwijnen niet. Zij zullen zich moeten verplaatsen. Dat vormt een drempel voor de patiënten zelf en voor hun familie die op bezoek komt. Tegelijk zorgt het voor extra werkdruk voor de personeelsleden in de grote ziekenhuizen, die vandaag al volledig op hun tandvlees zitten.

Collega De Knop haalde het inzetten op meer dagopnames ook al aan. Patiënten komen binnen en moeten bij wijze van spreken met hun infuus en hun baxter meteen weer naar huis. Los het daar maar

op. Dat betekent een extra belasting voor de thuisverpleegkundigen, die nu al van hot naar her lopen. Er komt ook extra druk op de mantelzorgers. Aangezien iedereen moet werken tot 67 jaar, wordt dat allemaal steeds moeilijker. Op die manier wordt de zorg uitgehouden.

Ik begrijp de redenering voor specifieke gevallen, maar dat doorgedreven efficiëntiedenken hoort niet thuis in de zorgsector. Ik ben dan ook benieuwd hoe u dat ziet, bijvoorbeeld voor de materniteiten. De nabijheid van zorg is immers ook belangrijk.

12.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: De doelstelling is natuurlijk net het tegenovergestelde van wat u zegt, mevrouw Eggermont. De bedoeling is net om de mensen die we hebben – de verpleegkundigen, de zorgkundigen, de artsen en de vroedvrouwen – beter te kunnen inzetten met minder werkdruk. Dat kan onder meer door te zorgen voor sites of campussen waar er 's nachts niet moet worden rondgelopen en waar er vooral dagactiviteit is. De inzet bestaat er net in om met de mensen die we hebben op een betere en menselijkere manier te kunnen werken. Daarvoor moeten we nadenken over het landschap van de ziekenhuizen.

Er is op dat vlak echter nog geen enkele beslissing genomen. In december hebben we geluisterd naar de experts en vervolgens hebben we met de ministers van Volksgezondheid beslist om dat rapport voor te leggen aan de adviesorganen. We vragen advies tegen eind april ten behoeve van de conferentie van ministers van Volksgezondheid. Dan pas zullen we beginnen aan de politieke beraadslaging, in de hoop dat we tegen midden 2026 grote beleidslijnen hebben, die we kunnen voorleggen aan de respectieve regeringen.

Het is dus absoluut voorbarig om nu voort te gaan op genoemde cijfers, om te zeggen welk ziekenhuis eventueel zal moeten converteren naar dagactiviteit en zo meer. Dat is absoluut voorbarig en er is ter zake ook niets beslist.

12.04 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, ik heb eigenlijk weinig antwoorden gekregen op mijn vragen, om niet te zeggen geen. De stand van zaken is dat u hebt geluisterd en dat u ten vroegste medio 2026 tot een politieke besluitvorming overgaat. Dat is een heel ruime tijdsomschrijving. Daaruit leid ik af dat met de ziekenhuizen nog niet wordt gecommuniceerd over de context.

Inzake mijn vraag over overleg met de gemeenschappen heb ik gehoord dat de ministers naar de experts hebben geluisterd. Er is dus niet echt overleg gepleegd, maar iedereen heeft de informatie gekregen. Houdt de expertengroep al dan niet rekening met het feit dat er meer ingrepen zullen gebeuren in een dagziekenhuis? We weten het niet. Wordt er nagedacht over de bestemming van beddenziekenhuizen, van ziekenhuizen die niet langer als regionaal ziekenhuis functioneren? Neen. Betekent meer daghospitalisatie ook meer en ander werk voor thuisverpleegkundigen? Ook daar hebt u geen antwoord op.

Kortom, de hele sector staat in rep en roer, is ongerust over de komende verschuivingen en wacht op beslissingen. U hebt het evenwel nog maar eens een jaar voor u uitgeschoven, nadat er al een jaar tijd werd uitgetrokken voor de studie. Zo gaat het tergend traag in onze gezondheidszorg en holt u eigenlijk de feiten achterna.

12.05 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik volg uw redenering niet helemaal dat dat de werkdruk zal verlagen. Als patiënten in een bepaald ziekenhuis niet meer terecht kunnen, hoeven de personeelsleden daar 's nachts niet meer te werken. U verwacht dat dat personeel zich dan zal verplaatsen naar een ander ziekenhuis, om daar te werken. Dat lijkt mij redelijk rooskleurig. Die patiënten verdwijnen natuurlijk niet. Ze gaan gewoon naar een ander ziekenhuis, waar de werkdruk toeneemt.

Ook de push naar daghospitalisaties verhoogt de werkdruk. Daarover bestaan veel studies. Die patiënten moeten immers de dag zelf worden ingeschreven, aangekleed en snel allerlei onderzoeken ondergaan. In de namiddag moeten ze alweer vertrekken, want dat bed is gereserveerd voor de dag erna. De turn-over en de werkdruk in een dergelijk systeem zijn dus gigantisch hoog. Op die manier zult u de problemen alleen maar verergeren.

Een tip die ik heb gekregen, wil ik graag met u delen. Er wordt veel gesproken over de efficiëntie in de zorg, maar die tipgever wees erop dat er acht ministers van Volksgezondheid zijn. Misschien valt daar

nog efficiëntiewinst te boeken. Als de politiek daarnaar kijkt, kan er budget vrijkomen om degelijk te investeren in nabije zorg voor onze patiënten. Dat is een tip, mijnheer de minister.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56011924C van mevrouw Meunier en de vragen nrs. 56011958C, 56011959C, 56011960C en 56011961C van mevrouw Ramlot worden uitgesteld, veronderstel ik, omdat die collega's verontschuldigd zijn.

13 Vraag van Lotte Peeters aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De inbeslagnames van wegwerpvapes" (56012022C)

13 Question de Lotte Peeters à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les saisies de cigarettes électroniques jetables" (56012022C)

13.01 Lotte Peeters (N-VA): Mijnheer de minister, in 2025 werden meer dan 140.000 wegwerpvapes in beslag genomen. Felicitaties hiervoor aan uw inspectiediensten en de andere betrokken actoren.

Ondanks het verbod sinds 1 januari 2025 blijft deze wegwerpvapenvariant van de e-sigaret volop circuleren. De cijfers tonen dat ook aan, zowel in fysieke handelszaken als online. De woordvoerder van de FOD Volksgezondheid zei in de pers dat men in de toekomst in staat zal zijn om de websites waar die producten worden verkocht offline te halen, om de florierende onlinehandel in vapes tegen te gaan.

Ik heb hierover twee korte vragen, mijnheer de minister. Ten eerste, over welke timing spreken we precies? Wanneer zal het mogelijk zijn om die sites daadwerkelijk offline te halen? Ten tweede, welke bijkomende maatregelen worden door de inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid genomen om de onlinehandel in wegwerpvapes tegen te gaan?

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: In de loop van dit jaar, ik hoop in het begin van dit jaar, zal mijn inspectiedienst de mogelijkheid hebben om Belgische domeinnamen via een samenwerking met DNS België tijdelijk of permanent buiten gebruik te stellen. In eerste instantie wordt de webshop gewaarschuwd om zich te conformeren. Als er binnen de opgelegde termijn geen opvolging plaatsvindt, kan de betreffende domeinnaam door DNS België worden gedeactiveerd.

Daarnaast bevinden we ons in vergevorderde gesprekken met het Centrum voor Cybersecurity België om de toegang tot buitenlandse webshops voor Belgische consumenten te blokkeren. De FOD Volksgezondheid verwacht hiermee in de komende maanden van start te kunnen gaan.

De inspectiedienst beschikt over een gespecialiseerd team E-commerce dat zich volledig richt op het toezicht op de onlinemarkt, met de nadruk op reclame en verkoop van tabaksproducten, zorgproducten zoals e-sigaretten en cosmetica. Dit team volgt alle onlinekanalen van zowel ondernemingen als verkopende particulieren van e-sigaretten nauwgezet op.

Momenteel maakt de inspectiedienst gebruik van tools zoals webcrawlers, die door de Europese Commissie worden verstrekt voor de uitvoering van inspecties en specialiseert het team zich via opleidingen in OSINT-onderzoeken, waarbij OSINT staat voor Open Source Intelligence.

Bovendien bestaan er samenwerkingen met socialemediaplatformen om advertenties en profielen die inbreuken plegen op onze wetgeving offline te laten halen. Bij zwaarwichtige dossiers worden de personen achter die advertenties en/of profielen door de inspectiedienst diepgaander opgevolgd.

Indien nodig worden met bijstand van de politie huisvisitaties in privéwoningen uitgevoerd om illegale producten in beslag te nemen. Op Europees niveau werkt de inspectiedienst samen met de e-commerce-inspectiediensten van andere EU-lidstaten om best practices te delen. Voor producten op basis van tabak en e-sigaretten is er overleg met onder andere Nederland, Luxemburg, Zweden, Frankrijk, Hongarije en Polen, wat bijdraagt aan een uniformere en efficiëntere aanpak van illegale onlineverkoop.

Om de illegale handel nog gericht aan te pakken, is er voor de komende jaren een in extra budget

voorzien. Daarmee zullen we onze controles uitbreiden, met bijzondere aandacht voor onlineverkoopkanalen en grensoverschrijdende handel.

13.03 Lotte Peeters (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw antwoord.

De verkoop van vapes is inderdaad een meervoudige problematiek. We zien dat uw inspectiediensten sterk inzetten op de fysieke winkels. Dat merken we ook wanneer we cijfers opvragen in verband met de controles.

Daarnaast is er de zopas door u beschreven problematiek van de onlinehandel. Het is fijn om te vernemen dat daarin toch meerdere acties worden ondernomen, bijvoorbeeld wat het gespecialiseerde e-commerceteam betreft. Ik hoor dat dit niet alleen over ondernemingen gaat, maar ook over particulieren. Ook daar zien we een problematiek bij de verkoop van vapes via sociale mediakanalen.

Het is fijn om te vernemen dat er extra budget is voorzien om die controles nog op te drijven, zodat we de regelgeving die op dit moment al geldt, voornamelijk rond wegwerp vapes, ook daadwerkelijk kunnen handhaven.

Dat was een helder antwoord, waarvoor dank, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

14 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hoogspanningscabines" (56012033C)

14 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cabines à haute tension" (56012033C)

14.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, aangezien dit een lange vraag is, verwijs ik graag naar de schriftelijke versie, zodat we wat tijd kunnen winnen

In verschillende woonkernen bevinden zich hoogspanningscabines en andere elektrische installaties in de onmiddellijke nabijheid van woningen, scholen, kinderopvang en andere gevoelige locaties. Dit leidt bij omwonenden tot bezorgdheid over mogelijke gezondheidsrisico's van langdurige blootstelling aan elektromagnetische velden, vooral bij kwetsbare groepen zoals kinderen.

De huidige Europese referentiewaarde van 100 microtesla is gericht op het vermijden van bewezen acute gezondheidseffecten, maar houdt geen rekening met mogelijke langetermijneffecten. De Hoge Gezondheidsraad (HGR) wijst op aanhoudende wetenschappelijke onzekerheden en beveelt aan het voorzorgsprincipe toe te passen. Zij adviseert om langdurige blootstelling, zeker bij kinderen, zoveel mogelijk te beperken en hanteert daarbij een richtwaarde van 0,4 microtesla als jaargemiddelde.

In verschillende Europese landen bestaat een duidelijk federaal gezondheidkundig referentiekader voor elektromagnetische velden. In België is het federale gezondheidsbeleid ter zake echter weinig zichtbaar en voor burgers vaak onduidelijk.

Op welke wetenschappelijke inzichten baseert de federale overheid zich inzake mogelijke gezondheidseffecten van elektromagnetische velden, in het algemeen en voor kwetsbare groepen?

Welke normen en blootstellingslimieten gelden momenteel in België voor hoogspanningscabines in woonomgevingen, en op welke nationale en internationale aanbevelingen zijn deze gebaseerd?

Worden deze normen periodiek geëvalueerd in functie van nieuwe wetenschappelijke inzichten, en door welke federale instanties?

Acht u de huidige Europese referentiewaarden voldoende om bezorgdheden rond langdurige blootstelling weg te nemen?

Bent u bereid de door de HGR aanbevolen voorzorgswaarde van 0,4 microtesla expliciet te bevestigen als federaal gezondheidkundig richtsnoer?

Ziet u een rol voor de federale overheid in het coördineren of stimuleren van systematische metingen,

met bijzondere aandacht voor scholen en kinderopvang?

Bij welke federale instantie kunnen burgers terecht met gezondheidsklachten die zij linken aan elektromagnetische velden, en hoe worden deze meldingen opgevolgd?

Acht u de huidige regelgeving en communicatie naar burgers voldoende duidelijk en uniform?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, u kaart een aangelegenheid aan die niet tot mijn bevoegdheden behoort, maar wel tot die van de gewesten, op grond van hun verantwoordelijkheid voor de bescherming van de leefomgeving en de gezondheid van omwonenden van vaste installaties.

De toepassing van de aanbevelingen van wetenschappelijke adviesraden of van de Raad van de EU inzake de blootstelling aan magnetische velden afkomstig van hoogspanningslijnen of hoogspanningscabines, valt dus onder de verantwoordelijkheid van de gewestelijke overheden.

14.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u, mijnheer de minister.

Ik meende dat er toch ook een federaal aspect was, namelijk AREI, het federale technische reglement voor elektrische installaties en de veiligheidsafstanden?

14.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Nee, uw vraag gaat over de gezondheidsimpact. Ik heb daar echt geen bevoegdheid over.

14.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Dan zullen we de vraag herzien en eventueel anders formuleren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 **Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les honoraires des kinésithérapeutes" (56012038C)**

15 **Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De honoraria van kinesitherapeuten" (56012038C)**

15.01 **François De Smet** (DéFI): *Monsieur le ministre, le rapport HICT commandé par Axxon, relatif à une étude de coûts pour un tarif équitable pour la kinésithérapie, a estimé un honoraire de 83,36 euros/heure (prestation de cabinet) alors que les kinésithérapeutes sont actuellement sur un tarif de 61,60 euros/heure.*

Il me revient que, dans le cadre d'un avant-projet de loi, vous entendez limiter les suppléments à 25 %, ce qui suscite pas mal de réactions dans le secteur car le fait de figer ainsi les honoraires, qui ne suivent même pas l'indice santé, n'est pas porteur pour l'attractivité du métier.

À cet égard, en ce qui concerne les kinésithérapeutes salariés, le barème IFIC n'est toujours pas obligatoire dans toutes les infrastructures: le Master 1 ou 2 n'est pas reconnu par tous et il serait récurrent de voir des offres d'emploi proposer des contrats de travail payés avec le barème de bachelier.

Il appert que les hôpitaux n'engagent presque plus de kinésithérapeutes salariés au profit de kinés sous statut d'indépendant, dans une logique de coûts, alors qu'il existe une dichotomie dès lors qu'il est obligatoire pour les kinésithérapeutes de rester conventionnés et qu'une rétrocession de 15 à 30 % leur est réclamée.

En conséquence, monsieur le ministre, pourriez-vous me faire savoir:

- si ce rapport commandé par Axxon a fait l'objet d'une analyse par ses services?

- s'il confirme bien cette limitation pour les suppléments d'honoraires pour les kinésithérapeutes dans l'avant-projet de loi dont question?

- si, de manière structurelle, il entend répondre favorablement à la demande du secteur en faveur d'honoraires plus équitables dans le sens conclu par le rapport HICT?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur De Smet, je peux confirmer que l'étude commandée par Axxon est connue. Elle a été discutée en détail au sein des organes de l'INAMI. Au cours de la législature précédente, des investissements considérables ont également été réalisés en plusieurs étapes dans le secteur, afin d'aboutir à une revalorisation, comme en 2024, où plus de 40 millions d'euros ont été débloqués pour ce secteur.

Je réponds immédiatement à votre dernière question. Je suis bien conscient que, pour au moins une partie des kinésithérapeutes, les honoraires que nous connaissons aujourd'hui sont encore considérés comme insuffisants. À cet égard, une réflexion intéressante est en cours au sein de la Kinemut. Elle bénéficie de mon soutien, et le gouvernement s'est également prononcé favorablement à ce sujet au sein du Conseil général dans le cadre de la confection du budget 2026; je vous renvoie à cet égard aux travaux relatifs à la nouvelle nomenclature.

L'objectif est de fonctionner avec des unités de temps plus courtes qui permettent un plan de traitement plus flexible, mais les modifications apportées au paquet, sur proposition des kinésithérapeutes, peuvent également être utilisées au sein du secteur pour une revalorisation.

Un deuxième chantier, également lié à la valorisation du kinésithérapeute en tant que prestataire de soins de première ligne, est l'accès direct, c'est-à-dire sans prescription. J'espère que nous pourrions encore cette année prendre les mesures nécessaires en ce qui concerne les troubles musculosquelettiques légers à modérés.

En ce qui concerne la limitation des suppléments, je ne souhaite pas anticiper ici la discussion que nous aurons très prochainement au sujet de la loi-cadre. Le gouvernement s'est rallié à l'idée qu'il fallait mettre un cadre en place pour les suppléments. C'est important pour garantir l'accessibilité de nos soins de santé. Ce cadre sera concrétisé au cours des prochains mois.

15.03 François De Smet (DéFI): Merci pour vos réponses, monsieur le ministre.

Je suis content que plusieurs chantiers soient entrepris sur le sujet par le gouvernement et je me permettrai de revenir vous interroger sur leur suivi.

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

16 Samengevoegde vragen van

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De IMI-waarschuwingen over buitenlandse zorgverleners" (56012042C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Europese IMI-waarschuwingssysteem voor zorgbeoefenaars" (56012061C)

16 Questions jointes de

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les alertes IMI concernant des prestataires de soins étrangers" (56012042C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le système européen IMI et les alertes concernant des prestataires de soins" (56012061C)

16.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, uit nieuw onderzoek blijkt dat België schriftelijke waarschuwingen via het Europese IMI-waarschuwingssysteem in de praktijk nauwelijks opent of opvolgt. De FOD Volksgezondheid stelt dat jaarlijks om en bij de 8.000 binnenkomende alerts niet proactief worden bekeken en dat slechts een zeer beperkt aantal waarschuwingen effectief wordt geraadpleegd.

In de plenaire vergadering van 18 december 2025 antwoordde u dat het IMI-waarschuwingssysteem geen eenvoudig dashboard met alarmlichtjes is en dat België vooral werkt met attesten, onder meer inzake tuchtmaatregelen, en het bewijs van goed gedrag en zeden. U gaf aan dat IMI-alerts niet automatisch worden nagegaan en dat u de aangehaalde casus nader zou laten onderzoeken. U zei ook dat het systeem beter moet werken en dat u er een echte databank van wil maken.

Bevestigt u dat het overgrote deel van de IMI-alerts vandaag zonder inhoudelijke controle blijft en zelfs niet wordt geopend? Hoeveel IMI-alerts werden er in de jongste vijf jaar geopend en in hoeveel dossiers leidde dat tot een onderzoek of een maatregel?

Het IMI-systeem bestaat sinds 2008 en het alertmechanisme voor gereguleerde beroepen sinds 2016. U bent intussen bezig aan uw tweede legislatuur met de bevoegdheid Volksgezondheid. Hoe verklaart u dan dat België vandaag nog altijd geen basistriage en geen structurele opvolgingsprocedure heeft voor binnenkomende IMI-alerts?

Zult u een verplichte IMI-check invoeren bij elke visum- en/of erkenningsaanvraag van een buitenlandse zorgverlener, via een gemachtigde cel die de alert kan matchen met de identiteit van de aanvrager?

U beweert een echte databank te willen maken. Wat betekent dat concreet? Wie wordt de beheerder daarvan? Welke minimale gegevens worden opgenomen? Wie krijgt toegang en onder welke voorwaarden? Tegen wanneer zal die databank operationeel zijn en met welke capaciteit?

Zult u, naast het bekijken van nieuwe aanvragen, ook retroactief screenen, zodat eventuele risicodossiers die eerder ongelezen bleven, alsnog worden opgespoord?

Ten slotte, welke onmiddellijke patiëntveiligheidsmaatregelen neemt u vanaf vandaag, zodat een zware IMI-alert, zoals een schorsing of een verbod, niet meer kan passeren zonder controle? Dank u wel.

De **voorzitter**: Collega De Knop is niet aanwezig.

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wij gebruiken het IMI-systeem actief en ontvangen jaarlijks duizenden meldingen via het IMI-systeem. Er zijn evenwel systeembeperkingen.

Ten eerste, de IMI-alerts worden automatisch doorgestuurd naar alle deelnemende lidstaten met als gevolg dat het merendeel van de meldingen geen betrekking heeft op zorgbeoefenaars die in België actief zijn.

Ten tweede, de alerts worden tijdelijk opgeslagen in het IMI-systeem zelf en zijn niet automatisch gekoppeld aan nationale registers wegens technische en juridische beperkingen.

Ten derde, het IMI-systeem signaleert enkel definitieve beslissingen en bevat geen informatie over lopende procedures.

Het is, ten slotte, geen permanente databank maar een communicatieplatform. Informatie wordt tijdelijk opgeslagen en is niet bedoeld voor langdurige archivering. Verschillende lidstaten ervaren die beperking, zodat wij daar Europees aan moeten werken.

Om het systeem daadwerkelijk effectiever te maken in België, zou een geautomatiseerde koppeling tussen relevante databanken een belangrijke stap zijn. Door geavanceerde datakruisingen toe te passen, kunnen alerts sneller en nauwkeuriger worden gedetecteerd en opgevolgd, wat de patiëntveiligheid direct ten goede komt.

Om het systeem toekomstbestendig te maken, pleit ik daarom op Europees niveau voor een evolutie van IMI naar een structuur die een veilige koppeling met nationale databanken mogelijk maakt, om op die manier de opvolging van de relevante dossiers te versnellen. Ik heb dat aangekaart in een brief van 22 december 2025 aan DG SANTE met de expliciete vraag om technische verbeteringen en meer harmonisatie van het systeem tot stand te brengen. Wij nemen dus wel degelijk initiatief.

De federale administratie werkt bovendien voortdurend aan de optimalisatie van procedures en aan de verbetering van de samenwerking tussen de bevoegde instanties. Elke aanvraag tot vestiging in België wordt bijvoorbeeld systematisch gecontroleerd, inclusief het bewijs van goed professioneel gedrag en een uittreksel uit het strafregister.

IMI wordt geraadpleegd wanneer er twijfel bestaat over de authenticiteit van documenten. Het opvragen van een attest van goed professioneel gedrag is dus zeker nuttig, omdat het een belangrijke eerste

controle vormt. Bij twijfel of bij een vermoeden van inbreuken is het altijd mogelijk om de nodige informatie rechtstreeks op te vragen bij de andere lidstaten via IMI. Bepaalde landen voorzien inmiddels ook in een digitaal watermerk of andere manieren om documenten beter te beveiligen tegen vervalsing.

Het klopt dat er momenteel geen nationale statistieken worden bijgehouden over geopende IMI-alerts, maar wij beschikken wel over de officiële federale databank eCad, waarin uitsluitend zorgverleners worden geregistreerd die een visum hebben aangevraagd om in België te mogen werken. Het doel is niet om een parallelle databank te creëren maar om de bestaande processen zoals IMI efficiënter te maken.

Daarbij is een automatische koppeling met eCad noodzakelijk, maar dat vraagt een technische herwerking van het IMI-systeem op Europees niveau. Intussen onderzoekt de FOD op mijn vraag hoe de controles kunnen worden versterkt binnen het Europese en het juridische kader, met inbegrip van een evaluatie van de manier waarop het IMI-systeem wordt gebruikt.

Kortom, we blijven het IMI-systeem actief gebruiken. We zetten ons in voor een structurele verbetering op Europees niveau met het oog op patiëntveiligheid en een efficiënte opvolging van grensoverschrijdende dossiers.

16.03 Dominiek Sneppe (VB): Het is goed dat u nog eens uitlegt hoe IMI precies in elkaar zit. Het is blijkbaar geen databank, maar een soort doorgeefluik waarbij gegevens niet of slechts zeer kortstondig worden opgeslagen. Daardoor kan men ook niet retroactief werken.

U zegt wel dat elke aanvraag systematisch wordt gecontroleerd, maar toch stellen we vast dat er nog buitenlandse artsen met een strafblad kunnen worden ingeschreven en een visum krijgen. Het systeem is dus duidelijk niet waterdicht.

Ik ben het met u eens dat, aangezien IMI een Europees systeem is, het op Europees niveau efficiënter moet worden gemaakt, zodat dergelijke dossiers niet meer door de mazen van het net glippen. Ik blijf het wel vreemd vinden dat er 8.000 meldingen binnenkomen en dat een aanzienlijk deel daarvan zelfs niet wordt geopend. We krijgen alerts, maar daar wordt niet altijd gevolg aan gegeven.

Dat er geen nieuwe databank wordt opgericht, beschouw ik dan weer als een pluspunt. Het is beter om eerst de bestaande structuren degelijk uit te werken in plaats van telkens nieuwe systemen toe te voegen.

Mijnheer de minister, we zullen het dossier blijven opvolgen. Er is nog veel werk aan de winkel. Ik hoop dat alles wat u hier hebt aangekondigd, ook daadwerkelijk met spoed wordt gerealiseerd.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56012057C van mevrouw Muylle wordt uitgesteld.

17 **Samengevoegde vragen van**

- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De professionele stage voor klinisch psychologen en orthopedagogen" (56012059C)

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De professionele stage voor klinisch psychologen en orthopedagogen" (56012218C)

17 **Questions jointes de**

- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le stage professionnel des psychologues et orthopédagogues cliniciens" (56012059C)

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le stage professionnel des psychologues et orthopédagogues cliniciens" (56012218C)

Mevrouw Van Hoof is verontschuldigd. Haar vraag nr. 56012059C vervalt.

17.01 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Ik wil horen wat de stand van zaken is. We hebben hier het wetsvoorstel dat de verplichte stage afschaft al besproken en goedgekeurd. Daarbij is toen heel veel kritiek en bezorgdheid geuit vanuit het werkveld. Deels werd daarop geantwoord dat er een werkgroep zou komen om na te gaan hoe men een kwaliteitsvol alternatief zou kunnen bieden. Ondertussen hebben we vernomen van de klinisch psychologen en nog andere partners dat de werkzaamheden in die werkgroep heel stroef verlopen en dat er niet echt wordt overlegd. Ze schrijven dat de gesprekken weinig constructief verlopen, dat inhoudelijke voorstellen worden genegeerd en dat er een breed gevoel van schijnoverleg heerst. De klinisch psychologen en andere partners hebben dan ook het overleg verlaten.

Ik zou graag horen wat de stand van zaken is, wie er momenteel nog rond de tafel zit en hoe u dat proces ziet. Het was immers een belangrijke voorwaarde voor het vertrouwen daaromtrent dat er verder overleg zou worden gepleegd met de sector. Wij krijgen toch het signaal dat dat absoluut onvoldoende gebeurt.

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De werkgroep is drie keer samengekomen. Tijdens de derde vergadering hebben sommige vertegenwoordigers gekozen om niet deel te nemen aan het overleg, maar alle actoren worden steeds uitgenodigd en geïnformeerd over het verloop. Er wordt ook telkens een vergaderverslag opgesteld, dat met de leden gedeeld wordt.

We hebben intussen input gekregen van de universiteiten, de beroepsorganisaties, de studenten en de werkgeverskoepels voor de aanpassing van het uitvoeringsbesluit van 2019, wat invulling zal geven met betrekking tot de vereisten inzake permanente vorming, intervisie en supervisie. Dankzij de werkdocumenten aangeleverd door de vertegenwoordigers en door de afwezigheid van de vergadering van 19 december heeft men concrete vooruitgang kunnen boeken. Op basis van die input wordt er samen met de administratie gewerkt aan een concreet voorstel van het KB dat op 13 februari met alle betrokkenen zal worden besproken. Alle deelnemers van de werkgroep zullen uiteraard opnieuw worden uitgenodigd en actief betrokken. De gesprekken worden dus voortgezet.

17.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u bevestigt dat sommige leden van de werkgroep de tafel hebben verlaten. U zegt dat zij verder worden geïnformeerd en het verslag krijgen, maar als dat volgens u een overleg is, begrijp ik dat mensen spreken over een schijnoverleg.

17.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Eggermont, als men zelf beslist om de tafel te verlaten, mag u mij niet verwijten dat we geen overleg voeren.

17.05 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, zij verlaten de tafel omdat het een schijnoverleg is. Zij zeggen dat ze niet medeverantwoordelijk willen zijn voor een proces dat inhoudelijk geen geloofwaardigheid heeft en waarin de kwaliteit en de opleiding ondergeschikt worden gemaakt aan politieke tijdsdruk. Dat staat in de brief die ze hebben geschreven. Ze hebben de tafel verlaten omdat het een schijnoverleg is. Ik heb u gevraagd wie er nu nog rond de tafel zit, maar daar hebt u niet op geantwoord. Het feit dat u overleg lijkt te herleiden tot het ontvangen van een verslag, is tekenend voor een manier van werken waarover al veel beroepsgroepen kritiek hebben geuit.

Kunt u dan wel zeggen wie er nog rond de tafel zit? De universiteiten hebben de tafel ook verlaten. Kunt u dat bevestigen of anders in het verslag laten opnemen?

17.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Eggermont, ik kan dat momenteel niet bevestigen.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Dedonder is verontschuldigd, haar vraag nr. 56012064C wordt uitgesteld. Mevrouw Pas is ook verontschuldigd, waardoor haar vraag nr. 56012075C eveneens wordt uitgesteld. De heer Gatelier is afwezig. Ik veronderstel dat vraag nr. 56012113C wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 56012128C van de heer Cornillie vervalt. Mevrouw Ramlot was verontschuldigd. Haar vraag nr. 56012142C wordt uitgesteld.

18 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zorgcentra na seksueel geweld: cijfers en oprichting van een ZSG in Halle-Vilvoorde" (56012146C)

18 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les CPVS: chiffres et création d'un centre à Hal-Vilvorde" (56012146C)

18.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, ik hoop dat mijn vraag nog actueel is, want ik meen hierover al iets gehoord of gelezen te hebben, maar voor alle duidelijkheid stel ik ze toch. U weet dat we in Vlaams-Brabant al een hele tijd wachten op duidelijkheid voor de dichtbevolkte regio Halle-Vilvoorde. Er werd herhaaldelijk gezegd dat er ook in Halle-Vilvoorde een specifiek zorgcentrum zou komen, onder meer om Nederlandstalige slachtoffers op te vangen. Ik meende begrepen te hebben dat dit zou worden toebedeeld aan de VUB, maar voor alle zekerheid stel ik de vraag hier nogmaals.

Wat is de huidige stand van zaken met betrekking tot dit fysieke zorgcentrum na seksueel geweld? Is de locatie definitief vastgelegd? Is er een duidelijke timing voor de opening vastgelegd?

Hoe wordt in afwachting daarvan gegarandeerd dat slachtoffers in hun eigen taal toegang kunnen krijgen tot gespecialiseerde zorg?

Hoe rijmt u de blijvende onduidelijkheid over cijfers en geografische dekking met de ambitie om het beleid rond zorgcentra na seksueel geweld op een onderbouwde en evidencebased manier te voeren?

Wanneer zullen die cijfers ter beschikking zijn? Wordt er een systeem uitgewerkt waardoor ze jaarlijks zullen worden geüpdatet en bekendgemaakt, in een rapport of digitaal?

18.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, er is inderdaad een oproep tot kandidaatstelling geweest. Er werden dossiers ingediend, die werden geëvalueerd en de beslissing is genomen. Voor het parket Halle-Vilvoorde is een overeenkomst afgesloten met het Universitair Ziekenhuis Brussel.

Vermits het UZ Brussel nog noodzakelijke infrastructuraanpassingen moet doorvoeren, wordt het sinds 1 januari gefinancierd als een opstartend zorgcentrum na seksueel geweld. Het ziekenhuis beschikt sinds die datum over een maximale termijn van 1 jaar om volledig te voldoen aan de wettelijke vereisten voor een zorgcentrum. Ten laatste op 1 januari 2027 zal het UZ Brussel dus slachtoffers van seksueel geweld moeten opvangen.

Het RIZIV en het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen staan in nauw contact met de drie nieuwe centra, waaronder Brussel, om de opstartfase te begeleiden. In afwachting van de operationele start zullen slachtoffers terechtkunnen in een van de andere reeds opgestarte zorgcentra.

Op basis van de ervaring blijkt dat een zorgcentrum gemiddeld negen maanden nodig heeft om operationeel te worden. Rekening houdend met die termijn en met de hypothese dat er in de laatste drie maanden van 2026 ongeveer 100 slachtoffers onthaald zullen worden, werd het budget voor UZ Brussel voor het eerste jaar vastgesteld op 788.471 euro. Dat budget zullen we eind 2026 herzien in functie van het verwachte aantal slachtoffers dat in 2027 zal worden opgevangen.

Wat uw vraag naar cijfers betreft voor de drie nieuwe centra, inclusief het UZ Brussel, zullen zowel het RIZIV als het Instituut gegevens verzamelen over de werking van de zorgcentra. De centra zijn verplicht om inhoudelijke rapporten aan te leveren aan het begeleidingscomité dat bij het RIZIV wordt opgericht. Die rapporten worden pas na afloop van het werkingsjaar ingediend, waardoor de eerste resultaten in 2027 beschikbaar zullen zijn.

Daarnaast verzamelt het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen ook relevante statistieken. Voor meer gedetailleerde informatie over de door het Instituut verzamelde cijfers stel ik voor dat die vraag wordt gericht aan het regeringslid bevoegd voor gelijke kansen.

Wat de cijfers betreft van de centra die in 2025 al bestonden, we zouden normaal gezien binnenkort cijfers moeten hebben voor 2023 en 2024. Ziedaar mijn antwoord.

18.03 Irina De Knop (Anders.): Dit is een heel duidelijk antwoord. Ik kom toch nog even terug op mijn laatste vraag. Het is blijkbaar zeer moeilijk om uitbreidingsbeslissingen objectief te onderbouwen. Het is dan ook enigszins zorgwekkend dat een verdere institutionele verankering gebeurt zonder dat er een cijfermatige onderbouwing is en zolang de territoriale spreiding van die centra onvolledig blijft. Daarom wil ik toch nogmaals vragen binnen welke instantie die evaluatie zal gebeuren en door wie zal ze worden gedaan. U hebt het begeleidingscomité bij het RIZIV genoemd. Zal dat comité in de toekomst uitbreidingsbeslissingen objectief kunnen onderbouwen?

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

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter is verontschuldigd. Haar vraag nr. 56012150C wordt uitgesteld. Hetzelfde geldt voor vraag nr. 56012163C van de heer Van Lysebettens. Ook hij is verontschuldigd. Collega Eggermont en collega Dedonder hebben een hele reeks vragen ingediend over het MORSE-rapport, maar beiden zijn verontschuldigd. Die reeks wordt dus ook uitgesteld. Hun respectieve vragen nrs. 56012234C, 56012434C, 56012580C, 56012586C, 56012590C, 56012617C en 56012620C worden uitgesteld. Ook vraag nr. 56012236C van de heer Bertels wordt uitgesteld. Hij is verontschuldigd. Vraag nr. 56012249C van mevrouw Bury wordt uitgesteld. Ze is verontschuldigd. Vraag nr. 56012257C van mevrouw Sneppe wordt eveneens uitgesteld.

19 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De federale verschuiving van CT naar MRI vs. de Vlaamse besparing op de MRI-infrastructuur" (56012250C)

19 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le shift fédéral du CT-scan à l'IRM vs les économies sur l'infrastructure IRM au niveau flamand" (56012250C)

19.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, *De Specialist* meldt op 8 januari 2026 dat Vlaanderen op 19 december 2025 besliste om ongeveer 2 miljoen euro te besparen op de jaarlijkse toestelfinanciering voor MRI, PET en radiotherapie, via een lineaire verlaging van meer dan 12 %, in werking sinds 1 januari van dit jaar, louter om begrotingsredenen en zonder inhoudelijke onderbouwing of afstemming met uw federale koers.

Tegelijk stuurt u federaal expliciet aan op minder CT en meer MRI, onder meer via de maatregel dat huisartsen vanaf 2026 geen CT-scan van de lage rug meer kunnen aanvragen met terugbetaling, met een voorziene besparing van 38,3 miljoen euro per jaar. Vanuit het veld klinkt dat dit de MRI-wachttijden verder kan opdrijven en patiënten richting spoed of specialist kan duwen.

Mijnheer de minister, hoe verantwoordt u dat de federale overheid de vraag naar MRI mee verhoogt, terwijl op Vlaams niveau tegelijk de middelen voor MRI-infrastructuur worden teruggeschroefd – nota bene door uw partijgenote, Vlaams minister Gennez – zonder aantoonbare afstemming?

Hebt u daarover voorafgaand overleg gehad met uw Vlaamse partner? Zo ja, wat werd concreet afgesproken om te vermijden dat patiënten langer moeten wachten? Zo nee, waarom werd dat niet afgestemd, gelet op de voorspelbare impact op de zorgpraktijk?

Welke politieke verantwoordelijkheid neemt u op om te vermijden dat uw federale rationalisering in de praktijk uitdraait op rantsoenering? Door de Vlaamse maatregel zullen er immers minder MRI-toestellen zijn.

Bent u bereid om dat met spoed op de interministeriële conferentie Volksgezondheid te agenderen en te zorgen voor een bindende afstemming tussen de federale vraagsturing en de regionale infrastructuurfinanciering, zodat de ziekenhuizen en patiënten niet de prijs betalen van dat tegenstrijdige beleid?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, het is al meerdere jaren onze visie dat een shift van CT naar MR bewerkstelligd moet worden. We kennen een hoog volume CT-onderzoeken per duizend inwoners, vergeleken met andere landen, zeker wat de lumbale wervelzuil betreft, en dat ondanks allerlei sensibiliseringscampagnes die we in de voorbije jaren gevoerd hebben.

Die shift van CT naar MR is ook al in voorgaande protocolakkoorden onderschreven door de deelstaten. Op het einde van de vorige legislatuur werd ook in een uitbreiding van de MR-programmatie en MR-capaciteit vanuit het federale niveau voorzien, opnieuw na overleg met de deelstaten.

In de voorafgaande discussie werd door de betrokken partijen gesteld dat de nieuwe uitbreiding steeds diende te gebeuren binnen de huidige budgettaire enveloppe.

Wat uw tweede vraag betreft, het staat de Vlaamse regering vrij om binnen haar bevoegdheid budgettaire beslissingen te nemen. Ik zie eerlijk gezegd geen verband tussen de jaarlijkse besparing op de toestelfinanciering en de wachttijden voor patiënten.

Wat uw derde vraag betreft, er is geen sprake van een federale rationalisering, wel van het stimuleren van op evidentie gebaseerde goede praktijkvoering en dus van het gepast voorschrijven van CT en NMR. Volgens de huidige richtlijnen is een CT-wervelzuil alleen gerechtvaardigd bij een heel beperkt aantal gezondheidsproblemen, wanneer we rode vlaggen zien. Voor een aantal indicaties is een andere beeldvormingsmodaliteit, bijvoorbeeld MR, meer aangewezen. De invoering van het *prescription search support* voor radiologie moet daarbij helpen.

Op het einde van de vorige legislatuur werd een uitbreiding van de MR-programmatie en MR-capaciteit vanuit het federale niveau voorzien, teneinde de shift van CT naar MR te faciliteren, alsook om de landelijke ratio MR-toestellen per 100.000 inwoners gelijk te trekken voor het hele Belgische grondgebied. Die uitbreiding zal ook toelaten om de wachttijden voor een MR-scan terug te dringen.

Wat uw laatste vraag betreft, zoals ik heb gezegd, is er overeenstemming tussen het federale niveau en de deelstaten, getuige daarvan de afstemming daarover in de interfederale IKW's naar aanleiding van de uitbreiding van het aantal MR-toestellen op het einde van de vorige legislatuur.

19.03 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, u zegt dat het binnen het bestaande budget moet blijven. Ik kreeg van mijn collega's van het Vlaams parlement echter door dat er een lineaire verlaging is van meer dan 12 % en dat die in werking treedt vanaf 1 januari. Ik ben het eens met u wanneer u zegt dat Vlaanderen mag doen wat het wil, maar men zou toch denken dat beide ministers, die tot dezelfde politieke familie behoren, met elkaar afspreken. Als u meer capaciteit voor MRI's wilt, maar uw collega op Vlaams niveau minder jaarlijkse toestelfinanciering voorziet, dan is dat volgens mij een tegenstrijdigheid. Dat zal weer ten koste gaan van de patiënten, aangezien die nog langer zullen moeten wachten en meer eerloonsupplementen zullen moeten betalen doordat patiënten zich in het weekend moeten aanbieden. Ik vind dat niet getuigen van goed beleid. Als het nu nog om iemand van een andere partij zou gaan, maar het gaat om iemand van uw eigen familie en toch worden er blijkbaar tegengestelde maatregelen genomen. Dat is niet logisch en, zoals ik al zei, de patiënt zal daar weer de dupe van worden.

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

19.04 Irina De Knop (Anders.): Mevrouw de voorzitter, ik ben even naar buiten gegaan voor een sanitaire stop, maar ik merk dat de samengevoegde vragen met nrs. 56012042C en 56012061C van mevrouw Snelpe en mezelf al behandeld zijn. Ik was echter altijd aanwezig en had niet door dat die vragen al zo snel zouden worden behandeld. Kan ik het antwoord van de minister alsnog krijgen?

19.05 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb geantwoord op alle vragen, dus u kunt het nalezen in het verslag en ik zal u mijn voorbereiding ook geven.

De **voorzitter:** We wisten niet of u zou terugkomen, dus geef misschien even een signaal in de toekomst.

20 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuisfinanciering in 2026" (56012251C)

20 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des hôpitaux en 2026" (56012251C)

20.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, op 19 december 2025 werd in de ministerraad

het globale budget 2026 voor de werkingskosten van ziekenhuizen vastgelegd op afgerond 12 miljard euro. In vakkringen werd daarbij ook benadrukt dat dit bedrag via KB eind december werd gepubliceerd en dat het globale budget in 2026 lager ligt dan in 2025, wat uiteraard vragen oproept over reële kostenstijgingen en structurele tekorten.

De bezorgdheid is altijd dezelfde, als de financiering tekortschiet, betaalt de patiënt via supplementen of verschraling en betaalt het personeel via extra werkdruk. Ik wil daarom helderheid over parameters, correcties en de concrete impact, met bijzondere aandacht voor onze Vlaamse ziekenhuizen.

Op basis van welke parameters is het globale budget werkingskosten 2026 opgebouwd?

Welke monitoring heeft u over de financiële gezondheid van ziekenhuizen en wat is het beeld voor Vlaamse ziekenhuizen?

Welke waarborgen zijn voorzien om te vermijden dat budgetdruk resulteert in meer ereloon-supplementen, uitgestelde investeringen of verschraling van zorgaanbod?

Plant u in 2026 bijkomende correcties? Wat is de stand van zaken in het kader van de hervorming van de financiering van de ziekenhuizen, die hiermee toch ook samenhangt?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het globale ziekenhuisbudget is een jaarlijks vastgelegd budget dat dient om de federale tussenkomsten te dekken in de kosten die verband houden met gehospitaliseerde patiënten. Het belangrijkste onderdeel daarvan is het budget van financiële middelen, het BFM, dat in hoofdzaak de werkings- en personeelskosten van de ziekenhuisdiensten dekt en ook wordt aangepast aan de evolutie van de index. Dat ligt hoger dan in 2025.

Het globale budget omvat echter ook andere bijkomende onderdelen, waaronder een budget voor inhaalbedragen uit het verleden. Dat budget wordt vastgelegd op basis van een inschatting van de uit te betalen bedragen in functie van lopende herzieningen. Die verschillen van jaar tot jaar en verklaren waarom het globale budget in 2026 lager ligt dan in 2025.

Het is onnodig te herhalen dat ziekenhuizen naast het BFM ook beschikken over andere financieringsbronnen, zoals honoraria, forfaits, subsidies en supplementen.

Ten tweede, elk jaar presenteert Belfius zijn MAHA-analyse, een analyse van de financiële gezondheid van de ziekenhuizen op basis van Finhosta-gegevens. De administraties van het RIZIV en de FOD Volksgezondheid zijn daarbij ook betrokken. De laatste analyse geeft aan dat het resultaat van het boekjaar 2024 voor de Vlaamse ziekenhuizen 1,3 % bedroeg, wat een substantiële verbetering is ten opzichte van 2023, toen het 0,6 % bedroeg.

Specifiek voor de openbare ziekenhuizen voorziet artikel 125 van de Ziekenhuiswet in een procedure voor het dekken van eventuele tekorten door de steden en gemeenten. Voor de laatst behandelde jaren stellen we vast dat er geen tekorten in de Vlaamse ziekenhuizen zijn.

Dit is ook de doelstelling van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en het ziekenhuislandschap dat we uitwerken: ervoor zorgen dat middelen zo doelmatig mogelijk worden aangewend, zodat reële en verantwoorde kosten correct worden gedekt en er ruimte is voor blijvende investeringen, zonder dat de facturen voor de patiënten moeten worden verhoogd.

In mijn hoedanigheid van minister van Volksgezondheid is het doel niet om de financiële gezondheid van alle ziekenhuizen te garanderen, maar om de levensvatbaarheid te waarborgen van een gezondheidssysteem dat voldoet aan de behoeften, met een voldoende en toegankelijk aanbod, zowel geografisch als financieel.

Momenteel werken alle betrokken actoren onverminderd hard door aan deze hervormingen. Het doel is om dit gelijktijdig te laten ingaan, met voor de ziekenhuisfinanciering zeker een overgangsfase.

Zich vastpinnen op een exacte datum is niet aangewezen, gezien de complexiteit van de materie en de absolute wil om deze ingrijpende hervorming in overleg te laten verlopen. Concreet overleg daarover dient in de loop van dit jaar van start te gaan.

20.03 Dominiek Sneppe (VB): Dank u wel voor uw omstandig antwoord.

Als ik het goed begrijp, is het globale budget wel gestegen. Dat komt niet door het BFM, maar door het inhaalbedrag. Dat kan ik nog begrijpen.

Voor de rest blijft het nog wat koffiedik kijken. Ik begrijp dat het niet uw bedoeling is om alle rode cijfers van de ziekenhuizen opnieuw groen te kleuren, maar dat het gaat om de levensvatbaarheid van het gezondheidszorgsysteem. Dat hangt daar uiteraard ook mee samen.

Begrijp ik het goed dat u dit jaar met het overleg over de ziekenhuisfinanciering zult starten? Ik dacht dat men daarmee al begonnen was.

20.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, met de voorbereiding, met onder meer een sterke betrokkenheid van de artsen, maar het echte overleg, het onderhandelen, vindt plaats in de loop van dit jaar.

20.05 Dominiek Sneppe (VB): Wordt vervolgd. Dank u wel.

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

21 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de vermindering van het aantal dagen zonder ziekteattest op de eerstelijnszorg" (56012253C)

21 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la diminution du nombre de jours sans certificat médical sur les soins de première ligne" (56012253C)

21.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, de ministerraad keurde op 19 december 2025 een wijziging goed waardoor het maximaal aantal keer dat men een dag afwezig mag zijn zonder attest, daalt van drie naar twee vanaf 1 januari van dit jaar. In de pers werd gewezen op de eerdere toename van eendagsafwezigheden sinds de regeling in 2022 werd ingevoerd en op het risico dat werknemers sneller alsnog naar de huisarts moeten voor een attest. Werkgeversorganisaties en hr-kanalen verduidelijken bovendien dat dat in de praktijk vooral speelt voor ondernemingen vanaf een bepaalde omvang, terwijl kleinere werkgevers in specifieke gevallen strenger kunnen zijn.

Aangezien we ons tegelijk midden in het winterseizoen bevinden, wil ik een duidelijke impactinschatting van de consultatiedruk bij huisartsen en van mogelijke wachttijden. Hebt u een raming van het bijkomende aantal consultaties door de nieuwe regeling en hoe werd die raming gemaakt? Welke signalen ontvangt u van huisartsenorganisaties over de administratieve belasting en wachttijden sinds 1 januari? Welke mitigerende maatregelen neemt u om onnodige consultaties louter voor attesten te vermijden? Wanneer plant u een eerste evaluatie en met welke indicatoren?

21.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, het RIZIV beschikt niet over gegevens over de redenen waarom patiënten een arts raadplegen, noch over de diagnoses en is dus niet in staat om de beoordeling te maken waar u naar vraagt.

De wijziging waarnaar u verwijst, waarbij het maximale aantal dagen afwezigheid zonder medisch attest daalt van drie naar twee, is in eerste instantie een maatregel in het arbeidsrecht, maar ik begrijp uiteraard uw bezorgdheid over de mogelijke impact op de eerstelijnszorg.

Wat uw eerste vraag betreft over een raming van het aantal bijkomende consultaties, het RIZIV beschikt niet over gegevens die toelaten om het bijkomende aantal consultaties uitsluitend voor het verkrijgen van een medisch attest betrouwbaar te ramen. In de beschikbare administratieve gegevens is de reden van een consultatie niet traceerbaar. Er is geen afzonderlijke registratiecategorie voor consultaties louter voor attesten.

Daarnaast zou een analyse van consultatiecijfers van januari 2026 op zich weinig robuust zijn als effectmeting, omdat januari traditioneel samenvalt met een sterke stijging van het aantal

huisartsencontacten door seizoensgebonden infecties en griep. Een eventuele toename kan dus niet eenduidig aan die maatregel worden toegeschreven.

Ik ontvang inderdaad signalen dat huisartsen bezorgd blijven over het risico op onnodige consultaties, die hoofdzakelijk administratief van aard zijn. In dat verband verwijs ik naar recente oproepen vanuit de sector, waaronder de oproep van Domus Medica, om medische attesten voor kortdurende arbeidsongeschiktheid af te schaffen. Ik respecteer het standpunt van de beroepsorganisatie, maar het is geen regeringsstandpunt. Het illustreert wel de aanhoudende bezorgdheid op het terrein over de administratieve belasting.

Wat de wachttijden betreft, er zijn op dit moment geen gevalideerde nationale cijfers die toelaten om al conclusies te trekken over een effect sinds 1 januari 2026.

Ik kom tot de mitigerende maatregelen. Het uitgangspunt van Volksgezondheid blijft dat de huisarts in de eerste plaats zorgverlener is en dat onnodige consultaties voor administratieve doeleinden moeten worden vermeden. Ik blijf dus inzetten op de beperking van de administratieve lasten in de eerste lijn, overleg met de huisartsenvertegenwoordigers over de attestproblematiek en het stimuleren van proportionele attestpraktijken, zodat consultaties maximaal worden gericht op effectieve medische zorgnoden.

Wat de evaluatie-indicatoren betreft, een klassieke evaluatie is methodologisch moeilijk. De enige actoren die mogelijk zicht hebben op evoluties in het aantal attesten voor zeer korte afwezigheden, zijn werkgevers en hr-diensten, maar dergelijke gegevens worden vandaag niet centraal en uniform verzameld.

21.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, als men van drie toelatingen van een ziektedag zonder attest naar twee toelatingen gaat, is het natuurlijk te verwachten dat de administratieve last toeneemt en dat de huisartsen dat zullen voelen.

Ik begrijp niet dat u een eventuele toename van eerstelijnsbezoeken niet kunt vergelijken. Misschien is dat omdat het in januari ook griepseizoen is, maar dat is elk jaar zo. Ik denk dus dat enige vergelijking wel mogelijk is. Ik beweer niet dat de resultaten identiek zouden zijn, maar als men nu een toename ziet, zal die niet alleen door de griep worden veroorzaakt. Het zou ook door die maatregel kunnen zijn. Ik vind dat een vreemde redenering van u.

Het is natuurlijk nodig mensen erop attent te maken dat ze niet onnodig naar de arts moeten gaan. U verklaart dat u voor minder administratieve rompslomp zorgt, maar we zouden toch ook meer moeten focussen op gezondheidsgeletterdheid, zodat mensen de ernst van hun aandoening beter begrijpen en niet voor het minste kuchje al onmiddellijk naar de huisarts gaan. We volgen het dossier op.

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

De **voorzitter**: De heer De Smet is verontschuldigd en laat zijn vraag nr. 56012277C over de psychiatrische zorg uitstellen.

22 Question de Luc Frank à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité des soins pour les patients germanophones et des soins transfrontaliers" (56012345C)

22 Vraag van Luc Frank aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegang tot zorg voor Duitstalige patiënten en de toegankelijkheid van grensoverschrijdende zorg" (56012345C)

22.01 Luc Frank (Les Engagés): Sehr geehrter Herr Minister, ich werde die Frage auf Französisch stellen. *Je poserai la question en français.* Ich werde aber zuerst eine kurze Einführung auf Deutsch geben.

Die Regierung hat beschlossen – was ich grundsätzlich für gut befinde – eine Reform der Krankenhauslandschaft durchzuführen. Inzwischen liegt aber ein Expertenbericht vor, der deutlich zeigt, dass es eine ganze Reihe von Auswirkungen geben wird, vor allem für Krankenhäuser in

ländlichen Gebieten. Hinzu kommt – und deshalb mache ich diese Einführung auch auf Deutsch – dass wir eine Besonderheit haben, nämlich die Gesundheitsversorgung in deutscher Sprache.

J'en viens maintenant aux questions. Vous l'avez bien remarqué, je fais mon intervention en allemand et cela a une signification particulière parce que le rapport d'experts a bien entendu des conséquences pour les hôpitaux dans les milieux ruraux. Naturellement, cela donne aussi une problématique supplémentaire pour nous car nous parlons une autre langue nationale.

Premièrement, est-ce qu'une concertation avec des représentants de la Communauté germanophone est prévue au sujet du futur paysage hospitalier? Selon quelles modalités comptez-vous, dans le cadre de cette réforme, garantir aux patients qu'ils pourront continuer à bénéficier de soins accessibles en allemand?

Deuxièmement, pourriez-vous nous donner des précisions au sujet de la déclaration d'intention sur la coopération transfrontalière en matière d'aide médicale urgente? Quelles suites ont été données à cette déclaration d'intention? Quelles en sont les implications concrètes pour les citoyens concernés?

Troisièmement, pourriez-vous également nous éclairer quant à la réflexion menée au sujet des possibilités d'amélioration de l'actuelle *Ostbelgien-Regelung* – travail déjà mené, identification des difficultés rencontrées par des patients belges qui souhaitent être pris en charge en Allemagne, pistes de solution envisagées et timing?

22.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Frank, pour ce qui est de la réforme du paysage hospitalier, rien n'a été décidé. Un rapport d'experts indépendants a été présenté en décembre à la Conférence interministérielle (CIM) Santé.

Les ministres de la Santé ont convenu de demander des avis sur ce rapport auprès des instances, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées.

Ces avis sont attendus vers la fin du mois d'avril. Ensuite, nous préparerons une prise de décision politique, laquelle aboutira, je l'espère, aux alentours de juin ou juillet. Aucune décision n'a donc été prise; nous sommes dans une phase de demande d'avis auprès d'instances officielles telles que le Conseil fédéral des établissements hospitaliers (CFEH) au niveau fédéral.

Mais, dans le rapport et dans l'acceptation du rapport des ministres, est quand même affirmé un souci de réconcilier, d'une part, une organisation rationnelle du paysage et la nécessaire concentration de soins complexes ou de soins pour des épisodes complexes avec, d'autre part, la proximité ainsi que la prise en compte des réalités territoriales et des réalités linguistiques.

Cela figure expressément dans le communiqué de presse publié par la CIM Santé. Ce sont, entre autres, nos collègues germanophones qui ont attiré notre attention sur ce point. Je comprends donc très bien vos soucis ainsi que ceux de votre communauté. Le fait que ce soit mentionné très explicitement dans la première décision prise est important.

Par ailleurs, un groupe de travail composé de représentants de l'INAMI, des organismes assureurs, des hôpitaux et de l'administration de la Communauté germanophone a entamé la réflexion sur une éventuelle révision de l'actuelle disposition Ostbelgien (*Ostbelgien-Regelung*). Sur la base d'une évaluation des organismes assureurs concernant l'application de l'actuelle disposition Ostbelgien, un certain nombre de difficultés ont été identifiées, pour lesquelles le groupe de travail doit maintenant rechercher des solutions. Il est trop tôt pour anticiper ces solutions éventuelles.

22.03 **Luc Frank** (Les Engagés): Je vous remercie, monsieur le ministre, de confirmer et de préciser certaines choses.

Je me réjouis d'entendre que notre spécificité a été prise en considération. Je compte sur vous pour continuer à suivre ce dossier. Merci beaucoup, *vielen Dank*.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

23 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het gebrek aan griepvaccins" (56012357C)

23 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de vaccins contre la grippe" (56012357C)

23.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, deze vraag werd ook al een tweetal weken geleden ingediend, als ik mij niet vergis.

We vernamen dat zowel de groothandels als de farmaceutische bedrijven geen voorraad meer zouden hebben van de trivalente griepvaccins en evenmin van de versterkte vaccins.

We weten dat apothekers meestal zorgen voor een extra voorraad vaccins op hun voorbestellingen. Misschien zijn daar nog vaccins beschikbaar.

Met goede voorlichtingscampagnes worden mensen aangespoord om zich te laten vaccineren. Mensen moeten er dan natuurlijk ook op kunnen rekenen dat er voldoende vaccins beschikbaar zijn.

Mijnheer de minister, welke lessen trekt u uit de huidige situatie, waarbij de voorraad blijkbaar is uitgeput? Hoe neemt u dat mee in de programmatie die u maakt voor het volgend griepseizoen?

Blijkbaar was er van de versterkte griepvaccins al van bij de aanvang een te beperkte hoeveelheid beschikbaar. Hoe zult u met die informatie omgaan voor een volgend seizoen? Kunt u garanderen dat er dan meer vaccins beschikbaar zullen zijn?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, sta me toe dat ik begin met te wijzen op de verdeling van de bevoegdheden. Vaccinatiecampagnes op populatieniveau behoren tot de preventieve gezondheidszorg en zijn dus in principe de bevoegdheid van de deelstaten. Zo worden in de campagnes voor de rusthuizen en de vaccinaties bij werkgevers de vaccins door de deelstaten voorzien en gefinancierd. Het is dus evident dat de deelstaten daarin ook hun verantwoordelijkheid moeten nemen en in functie van het advies van de Hoge Gezondheidsraad de toegediende vaccins zo goed mogelijk moeten afstemmen op de noden van de patiënten.

In het seizoen 2025-2026 zijn wij geconfronteerd met een advies van de Hoge Gezondheidsraad, die eigenlijk plotseling maar ook te laat een aanbeveling voor versterkte vaccins of vaccins met adjuvans uitbracht voor de populatie van 65-plussers. De aanbeveling kwam te laat, vermits de apothekers hun bestellingen met het oog op het griepseizoen geruime tijd eerder plaatsen en omdat ook de openbare aanbestedingen voor vaccinatie in de rusthuizen op dat ogenblik al voltrokken zijn. Op dat moment was het voor de betrokken partijen dan ook nodig om de vaccins te prioriteren, waardoor de RMG de aanbeveling heeft gedaan om die voor te behouden voor de 65+-patiënten met immuundeficiënties.

De Hoge Gezondheidsraad formuleerde het advies dus te laat en dat was erg vervelend. Men heeft dan ook soort van extra prioriteitsstelling georganiseerd, ook op het niveau van de gemeenschappen.

In het komende seizoen zal om die reden meer rekening worden gehouden met de aanbeveling van de Hoge Gezondheidsraad bij het plaatsen van de bestellingen door de apothekers. In het vorige seizoen kon dat niet. We hebben nu wel duidelijk aan de Hoge Gezondheidsraad gezegd dat we verwachten dat het advies dit jaar tijdig beschikbaar is, zodat de vaccinatiecampagnes goed kunnen worden voorbereid.

Ten tweede, er was een bijkomende uitdaging doordat de nieuwe vaccins enkel via hoofdstuk 4 via de huisarts konden worden aangevraagd, wat ertoe heeft geleid dat extra doktersbezoeken nodig waren, terwijl de traditionele vaccins ook door de apotheker kunnen worden terugbetaald, afgeleverd en toegediend.

Daarnaast zijn bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen de procedures afgerond die de vergoedingsvoorwaarden voor Efluelda en Fluad herzien, waardoor vanaf nu voor beide producten de leeftijdsgrens van 65+ van toepassing is en de vergoeding voor de apotheker mag en kan worden toegekend. Daardoor wordt onmiddellijke vaccinatie door de apotheker ook voor die versterkte vaccins mogelijk.

Vanwege de betere voorbereiding van de bestellingen door apothekers en de aanpassingen aan de vergoedingsvoorwaarden met betrekking tot Fluad en Efluelda zal het komende vaccinatie seizoen naar verwachting vlotter kunnen verlopen.

Ik kom tot uw tweede vraag. Dankzij de genomen maatregelen en de aanbeveling van de RMG zijn op elk moment de beschikbare vaccins voorbehouden voor de patiënten die er het meest bij gebaat zijn. Ondanks het laattijdige advies van de Hoge Gezondheidsraad hebben we zodoende alsnog steeds stocks in de keten kunnen behouden. Er zijn geen grote onbeschikbaarheden geweest. Zowel Fluad als Efluelda werden door de Hoge Gezondheidsraad evenwaardig aanbevolen en van minstens een van beide is op elk moment stock beschikbaar gebleven. Er is momenteel ook nog resterende stock Fluad beschikbaar. Naar verwachting zullen er op basis van de omzetten dit seizoen hogere volumes ter beschikking worden gesteld in aanloop naar het volgende seizoen.

23.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, u gaf een technisch antwoord, dus ik zal het schriftelijk verslag nog even nalezen. Ik onthoud het goede nieuws, met name dat u lessen trekt uit deze periode en dat er meer vaccins zullen worden besteld voor het volgende seizoen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster**: De samengevoegde vragen nr. 56012415C van mevrouw Taton en nr. 56013134C van mevrouw Depoorter worden uitgesteld, aangezien beide collega's verontschuldigd zijn.

24 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les moyens qui seront consacrés à l'accord social dans les soins" (56012419C)

24 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De middelen voor het sociaal akkoord in de zorg" (56012419C)

24.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, on le sait, le secteur des soins de santé traverse une crise profonde et durable marquée par une pénurie de soignants, une désertion croissante du métier et un épuisement généralisé des équipes sur le terrain.

Dans ce contexte, les annonces que vous avez répétées à plusieurs reprises en faveur d'un accord social sont évidemment accueillies avec beaucoup d'attente, mais aussi avec une méfiance grandissante, puisque les soignants ont souvent le sentiment que les promesses ne se traduisent pas toujours par des moyens réels. Vous avez indiqué qu'un montant de 427 millions d'euros serait consacré à de nouvelles initiatives dans l'objectif budgétaire normé, dont 300 millions pour un accord social. On se demande donc un peu comment ne pas continuer à s'interroger sur la réalité des marges budgétaires effectivement disponibles pour soutenir les soignants.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous indiquer clairement quel sera le montant réellement consacré à des initiatives nouvelles d'ici 2029? Quelle part de ces moyens sera-t-elle effectivement dédiée à la conclusion et au financement d'un accord social crédible qui soit capable de répondre à la pénurie des soignants et à la crise d'attractivité du métier?

Quelles sont les concertations qui sont menées dans ce cadre? Qui est à la table des négociations dans ce cadre? Quel est le calendrier prévu pour la conclusion de cet accord?

Enfin, comment le gouvernement entend-il garantir que ces montants ne soient pas neutralisés à l'avenir par de nouvelles économies imposées au secteur, au risque de transformer les engagements pris envers les soignants en des promesses non tenues?

24.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Pour conclure un accord social dans le secteur des soins de santé ou pour financer d'autres investissements dans les soins de santé, nous disposons d'une enveloppe budgétaire bien définie. Conformément aux notifications budgétaires, cette enveloppe s'élève à 207 millions d'euros pour 2028 et 427 millions d'euros pour 2029.

À ce jour, ces enveloppes n'ont pas encore été utilisées; et donc, une division entre d'un côté un accord

social et le personnel soignant, et de l'autre côté peut-être d'autres investissements prioritaires en soins de santé, n'a pas encore été établie.

Je suis en train de préparer l'accord social. J'ai des contacts réguliers avec tant les employeurs que les syndicats du secteur fédéral des soins pour étudier les thèmes, préparer toute la documentation et toutes les recherches nécessaires. D'ailleurs, dans le contexte de ces discussions, j'ai déjà décidé de créer un groupe de travail, une *task force* "simplification administrative et amélioration des systèmes d'enregistrement des données" en vue d'alléger la charge de travail du personnel infirmier.

Donc, nous avançons, mais le montant exact à investir dans l'accord social n'a pas encore été déterminé. Tout est toutefois en préparation et j'ai des contacts réguliers avec les partenaires sociaux à ce sujet.

24.03 **Caroline Désir** (PS): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse.

Nous ne voyons effectivement pas encore très clair quant aux montants qui seront concrètement consacrés à cet accord social et aux mesures d'attractivité du métier.

Nous ne saurions trop insister sur la nécessité d'apporter des réponses concrètes au secteur le plus rapidement possible. Nous savons déjà, et vous nous l'aviez confirmé, que la concrétisation de cet accord social n'interviendra qu'à la fin de la législature. Il est donc important, à tout le moins, d'envoyer dès à présent un signal clair indiquant que des moyens suffisants y seront consacrés afin d'obtenir des résultats probants.

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

25 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De cyberaanval op het AZ Monica" (56012428C)**

25 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La cyberattaque contre l'AZ Monica" (56012428C)**

25.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik sla de inleiding over, omdat de cyberaanval ondertussen voldoende in de media is geweest en ga meteen tot de vragen over.

Ten eerste, werd de aanval op het AZ Monica gemeld conform de NIS2-meldplicht?

Ten tweede, in welke systemen is men binnengedrongen?

Ten derde, wat waren de gevolgen voor de patiënten?

Ten vierde, werden er eventueel vertrouwelijke gegevens gestolen? Zo ja, om welk soort gegevens gaat het en wat is daarvan de impact?

Ten vijfde, werd er losgeld geëist en, zo ja, hoeveel en werd dat betaald?

Ten zesde, weten we wie er achter die cyberaanval zat?

Ten zevende, wat kunnen we leren uit die cyberaanval?

Ten achtste, ziet u de cyberveiligheid van onze ziekenhuizen als een onderdeel van onze nationale veiligheid? Bent u van plan hieromtrent een echte strategie te ontwikkelen, zodat onze ziekenhuizen en de hele zorgsector beter gewapend zijn tegen cyberaanvallen?

Ten negende, uit het Shield-rapport blijkt dat er aanzienlijke regionale verschillen bestaan in de maturiteitsscores inzake cyberveiligheid, waarbij de Vlaamse ziekenhuizen gemiddeld dichter aanleunen bij de vereiste maturiteitsscore van 2,5 dan ziekenhuizen in Wallonië en Brussel. Hoe probeert u die regionale verschillen aan te pakken?

Tot slot worden in het rapport een aantal beleidsaanbevelingen geformuleerd, zoals het opzetten van

een dashboard met maturiteitsscores en het delen van best practices tussen ziekenhuizen. Denkt u dat die aanbevelingen een oplossing kunnen bieden voor de problemen op het vlak van cyberveiligheid in de Belgische ziekenhuizen? Bent u bereid die aanbevelingen om te zetten in beleid? Zo ja, wat is het tijdschema daarvoor? Denkt u ten slotte dat daarmee ook de regionale verschillen kunnen worden aangepakt?

25.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, cyberaanvallen vormen vandaag inderdaad een structureel risico voor alle essentiële sectoren, waaronder ook de ziekenhuissector. Ziekenhuizen zijn van nature open organisaties, werken met zeer gevoelige data en hebben een zeer complexe leveranciersketen, wat de problemen in deze sector extra uitdagend maakt.

Ik kan u geen informatie geven over de aanval op het AZ Monica. Daar loopt een onderzoek naar en die informatie is niet bedoeld om publiek te worden gedeeld. Ik kan wel zeggen dat ik kort na de aanval in het ziekenhuis ben geweest en dat de aangerichte schade enorm was. Het is een zware dobber geweest voor het personeel, de artsen en andere zorgverleners, maar ook voor de patiënten. Er is zeer hard gewerkt om de situatie het hoofd te bieden, maar de impact was groot. Verdere informatie kan ik daarover helaas niet delen.

U hebt een aantal vragen gesteld waarop ik relatief kort zal antwoorden. Dat Shield-rapport is inderdaad heel belangrijk. De vastgestelde verschillen inzake maturiteit tussen de regio's vragen bijzondere aandacht. We moeten inderdaad vaststellen dat er tussen ziekenhuizen en tussen regio's verschillen zijn. Dat betekent dat men op een aantal plekken een inhaalbeweging moet kunnen maken en dat dit ook te maken heeft met de dagelijkse omgang met die systemen en niet alleen met de technologie *as such*. Dat is de reden waarom we samenwerking binnen de sector actief ondersteunen via Shield. Dat is een ledenorganisatie waarin zich vandaag al meer dan 90 ziekenhuizen hebben verenigd.

Een uniforme beleidsaanpak, gebaseerd op maturiteitsmonitoring, gestandaardiseerde governance en versterkte kennisdeling, zal bijdragen tot het verkleinen van die regionale verschillen. Dat is mijn overtuiging. Daarnaast is het cruciaal dat wordt ingezet op het "incentiveren" van verregaande technologische alignering binnen de sector, als sleutel om het lokale resourcesgebrek het hoofd te bieden. Sectoriële best practices als leidraad voor het voeren van een gezonde en cyberweerbare IT-infrastructuur moeten daarin de norm worden.

Ik ben dus zeker bereid om de ziekenhuizen verder te ondersteunen, zodat ze de beleidsaanbevelingen kunnen vertalen in hun eigen beleid, in lijn met de wettelijke verplichtingen. Ik verwijs daarbij naar NIS2 en CyFun en de vereiste maturiteitsdoelstellingen in de richting van april 2026 en 2027. In de komende periode wordt via Shield vzw en via de samenwerking tussen onze FOD en de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen verder ingezet op de opschaling van lopende initiatieven. Ik vermeld er vier.

Ten eerste zijn er sectorale incident-response-oefeningen, het zogenaamde CSIRT-programma. Ten tweede is er bewustmaking, het Awareness-programma. Ten derde komen er audits en maturiteitsmetingen, met name het Pentest Bug Bounty-programma en de CyFun-assessments. Ten vierde is er de ondersteuning met betrekking tot de documentatie die nodig is en de governance.

CyFun staat voor *Cyber Fundamentals* en pentest voor *penetration tests*. Dat zijn in wezen weerstandstests om na te gaan in welke mate er kan worden binnengedrongen in de ICT-systemen van een organisatie.

Ik verwijs u daarvoor ook naar de website van Shield vzw die u ongetwijfeld kent, waar alles zeer overzichtelijk terug te vinden is.

25.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): U hebt er terecht op gewezen dat het systeem van onze gezondheidszorg sinds de digitalisering zeer kwetsbaar is geworden. Dat moeten we echt beschouwen als een punt waarop we strategisch moeten inzetten. Dat moet een volwaardig onderdeel zijn van onze veiligheidsstrategie, zeker in de geopolitiek instabiele context waarin we vandaag leven. De gezondheidssector kan een doelwit zijn. Wanneer men die sector raakt, kan dat enorme gevolgen hebben.

Daarom is het absoluut belangrijk om hier blijvend op in te zetten en ervoor te zorgen dat een inhaalbeweging mogelijk is en dat goede praktijken worden uitgewisseld. Ik kan er alleen maar op

blijven aandringen om dit met de nodige sérieux te blijven bekijken. Begrijp me niet verkeerd, ik zeg niet dat u dat niet doet, maar ik denk wel dat het extra energie verdient om hier de nodige structuren en maatregelen op te zetten om onze gezondheidssector beter te beveiligen.

Ik begrijp uiteraard dat er vandaag geen verdere informatie kan worden gedeeld over de concrete situatie binnen AZ Monica, de gevolgen en hoe het zover kon komen. Gezien de omvang van de aanval hoop ik wel dat er een grondige analyse wordt gemaakt en dat we daar ook effectief mee aan de slag gaan, zodat we de nodige lessen kunnen trekken. Misschien is het achteraf zelfs een goed idee om daarover een debriefing te krijgen, om te bekijken wat er is misgelopen en hoe we ons daar in de toekomst beter tegen kunnen wapenen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Dedonder, absente, est excusée.

25.04 **Anthony Dufrane** (MR): Madame la présidente, je reporte ma question, comme discuté avec le cabinet.

La **présidente**: Dont acte. Les questions jointes n° 56012448C de Mme Dedonder et n° 56012454C de M. Dufrane sont donc reportées.

26 **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact des réseaux sociaux sur la santé mentale des adolescents" (56012449C)**

26 **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de sociale media op de geestelijke gezondheid van adolescenten" (56012449C)**

26.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, une vaste étude menée par l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (Anses) en France, fruit de cinq années de travaux et de l'analyse de plus de 1 000 études scientifiques, vient de confirmer l'ampleur des effets négatifs des réseaux sociaux sur la santé mentale des adolescents.

Les conclusions sont particulièrement préoccupantes. En effet, il n'est plus à douter que les réseaux sociaux constituent un facteur aggravant de détresse psychologique, renforcent les stéréotypes, exposent davantage les jeunes au cyberharcèlement et exploitent des vulnérabilités propres aux adolescents, notamment chez les filles, les jeunes LGBTQIA+ et les mineurs qui présentent déjà des fragilités psychiques.

L'Anses recommande d'agir à la source en exigeant des plates-formes qu'elles adaptent leurs algorithmes, leurs interfaces persuasives et leurs paramétrages par défaut, afin de protéger réellement les mineurs. Elle insiste également sur la nécessité de systèmes fiables de vérification de l'âge et de consentement parental, conformément aux règlements européens sur les services numériques et au RGPD. Ces constats rejoignent les préoccupations croissantes exprimées dans notre pays par les professionnels de terrain, les écoles, les services de santé mentale et les familles.

Monsieur le ministre, prévoyez-vous de mener en Belgique une étude équivalente à celle de l'Anses, afin de mesurer de manière rigoureuse et indépendante l'impact des réseaux sociaux sur la santé mentale des jeunes? Considérez-vous qu'un tel travail scientifique est indispensable pour éclairer nos futures décisions politiques, notamment en matière de régulation des plates-formes de prévention de santé mentale et de protection des mineurs? Enfin, des concertations sont-elles menées avec votre collègue Vanessa Matz, ainsi qu'avec les entités fédérées, afin d'assurer une approche cohérente, transversale et ambitieuse de cette problématique urgente?

26.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, les conclusions de l'étude de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail en France confirment des préoccupations que je partage, comme beaucoup de Belges. L'exposition intensive et non régulée aux réseaux sociaux peut aggraver la détresse psychologique des adolescents, en particulier chez les jeunes déjà vulnérables.

Concernant votre question sur la nécessité d'une étude, vous savez sans doute que le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) s'est déjà prononcé dans son avis n° 9877 sur l'impact des environnements numériques sur la santé mentale des jeunes, notamment en lien avec l'anxiété, la dépression et l'estime de soi.

De la lecture complète du rapport du CSS, il ressort clairement qu'au sein du groupe de travail constitué par des experts dans cette matière, une légère majorité était favorable à une interdiction d'accès aux réseaux sociaux en dessous d'un certain âge. Même s'il existait des nuances parmi ces avis, c'était néanmoins l'opinion d'une majorité au sein du groupe de travail. J'ai donc été un peu étonné que ce ne soit pas repris dans la conclusion générale. Cela crée de la confusion, selon moi.

Vous savez sans doute aussi que mon groupe parlementaire a déposé une résolution appelant à une interdiction d'accès aux réseaux sociaux avant l'âge de 15 ans, assortie de mécanismes efficaces de vérification de l'âge et d'un plan d'action interfédéral intégré. Cette proposition reflète le principe de précaution, ainsi que la nécessité de renforcer la protection structurelle des jeunes, deux idées que je partage.

Une concertation devra être assurée au sein du gouvernement avec ma collègue Vanessa Matz, qui est la responsable principale de cette matière au niveau fédéral, et aussi avec les entités fédérées. Cette concertation n'a pas encore été lancée formellement. Si mes informations sont bonnes, un travail est en cours au sein de cette Assemblée, et Mme Matz attend les avis qui seront formulés par la Chambre.

26.03 **Caroline Désir (PS):** Merci pour cette réponse, monsieur le ministre, et pour le renvoi à l'avis du CSS, que je ne connaissais pas et dont je vais prendre connaissance.

Il est également important que vous fassiez entendre votre voix comme ministre de la Santé sur cette question, parce que le lien avec la santé mentale des jeunes me paraît primordial. Encore ce matin, avec la commission de la Santé, nous sommes allés visiter un hôpital psychiatrique bruxellois. De nouveau, les médecins sur le terrain nous alertent sur le nombre de jeunes souffrant de problèmes de santé mentale et, surtout, sur la lourdeur des pathologies. Il est vrai que j'ai moi-même connu, comme ministre de l'Enseignement, des problématiques telles que le harcèlement scolaire, phénomène qui ne s'arrête jamais après l'école et qui est amplifié par les réseaux sociaux. Je pense donc que ne pas faire aujourd'hui ce lien avec la santé mentale des jeunes serait vraiment une erreur dans nos réflexions.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Muylle is verontschuldigd. Haar vragen nrs. 56012450C en 56012451C worden allebei uitgesteld.

27 **Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les médicaments anti-CGRP pour les migraineux" (56012480C)**

27 **Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "CGRP-remmers voor migrainepatiënten" (56012480C)**

27.01 **Anthony Dufrane (MR):** *Monsieur le ministre, les médicaments anti-CGRP représentent une avancée majeure dans le traitement préventif de la migraine chronique, avec un remboursement pour les patients souffrant d'au moins 8 jours de migraine par mois et ayant échoué à d'autres traitements.*

Ces médicaments, bien que coûteux, offrent une efficacité et une tolérance supérieures aux traitements classiques, comme le soulignent les études cliniques et les retours des spécialistes. Ils permettent de retrouver un confort de vie et de travailler dans un cadre plus qualitatif pour de nombreux malades.

Alors que ces traitements sont désormais remboursés sous conditions strictes, il est important de faire le point sur leur consommation, leur impact sur la qualité de vie des patients, et les éventuelles pistes pour faciliter leur accès, notamment pour les personnes en situation de précarité ou souffrant de formes sévères de migraine.

Monsieur le ministre, pouvez-vous fournir les chiffres de consommation des médicaments anti-CGRP en Belgique pour ces 3 dernières années, ainsi que le nombre de patients concernés? Quelle est l'évaluation de leur succès thérapeutique (réduction de la fréquence et de l'intensité des migraines) et de leur impact sur la qualité de vie des patients, selon les retours des médecins? Quels sont les critères actuels de remboursement pour ces médicaments, et comment sont-ils appliqués en pratique? Des assouplissements ou des élargissements des conditions de remboursement sont-ils envisagés pour permettre à un plus grand nombre de patients d'y accéder, notamment pour ceux dont la migraine est invalidante mais qui ne remplissent pas tous les critères actuels? Quelles sont les dépenses annuelles de l'INAMI pour le remboursement des anti-CGRP, et comment ces coûts sont-ils intégrés dans la stratégie globale de maîtrise des dépenses de santé? Des économies d'échelle ou des accords avec les laboratoires pharmaceutiques sont-ils prévus pour réduire le coût de ces traitements et améliorer leur accessibilité? Comment votre ministère compte-t-il renforcer la sensibilisation des médecins et des patients à l'existence et à l'efficacité de ces traitements?

27.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Pour répondre à votre première question, je constate que, de 2022 à 2024, le nombre de patients individuels est passé d'environ 9 300 à près de 15 000. Comme nous pouvions nous y attendre, le nombre de doses quotidiennes de médicaments (DDD) a également augmenté, passant d'environ 3 millions à environ 4,7 millions. J'en conclus que le nombre moyen de doses quotidiennes délivrées par patient est resté à peu près stable, entre 313 et 322, au cours de ces années.

Concernant l'évaluation de l'impact sur la qualité de vie, les évaluations de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) indiquent des améliorations du score de qualité de vie lié à la migraine, par exemple le HIT-6, avec des différences jugées cliniquement pertinentes dans les études pivots menées auprès de populations proches de la pratique. Les retours de terrain des spécialistes, tels que reflétés dans les dossiers, convergent vers un bénéfice, surtout chez les patients présentant des formes sévères. Il en ressort une meilleure capacité fonctionnelle, une diminution du retentissement professionnel et social, ainsi qu'une amélioration de la tolérance par rapport à certaines prophylaxies classiques.

En ce qui concerne votre deuxième question, il faut savoir que les anti-CGRP sont remboursés pour les patients adultes souffrant de migraines répondant aux critères diagnostiques de la Société internationale des céphalées (International Headache Society), avec au moins huit jours de migraine par mois selon le journal des migraines, après échec ou intolérance de plusieurs prophylaxies classiques – donc, en pratique, plutôt à partir de la quatrième ligne de traitement – et sur demande motivée d'un spécialiste, avec pièces justificatives disponibles pour le médecin-conseil.

À ce stade, aucun élargissement général n'est prévu. Par exemple abaisser le seuil ou alléger fortement ces prérequis n'est donc pas envisagé pour le moment. Toutefois, à tout moment, une firme peut introduire une demande en ce sens auprès de la CRM, après quoi l'impact budgétaire, la rentabilité et la valeur clinique pour de nouvelles populations seront évalués.

Les prix nets de ces traitements sont confidentiels, car ces médicaments sont actuellement remboursés dans le cadre d'une inscription temporaire. Les coûts bruts pour l'INAMI s'élevaient à environ 35,3 millions en 2022, avec une augmentation progressive à 47,4 et 54,7 millions en 2023 et 2024. Une partie intégrante de l'inscription temporaire est la réévaluation en temps utile, et les plafonds maximums sur le chiffre d'affaire.

En réponse à votre quatrième question, chez les médecins, l'information passe par des critères de remboursement clairs et par des canaux de référence tels que la CBIP (c'est-à-dire les Folia, les répertoires et l'e-learning), en lien avec les sociétés scientifiques et les neurologues. Du côté des patients, nous visons une information simple et réaliste afin de définir à qui ce traitement s'adresse, ce que l'on peut en attendre, en veillant à la nécessité d'une réponse objectivée. Des contenus dédiés sont développés via pharmainfo.be.

27.03 **Anthony Dufrane** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos réponses.

La migraine peut entraîner des douleurs et un profond handicap temporaire chez le malade. Le remboursement des médicaments constitue une priorité pour que les migraineux puissent travailler et

mener une vie de qualité.

Permettez-moi également de vous remercier pour les informations relatives aux modalités de remboursement. Par ailleurs, je ne doute pas que vous resterez attentif à cette question, afin de proposer des solutions moins onéreuses pour les malades, mais également pour l'INAMI, tout en travaillant sur la popularisation des anti-CGRP.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.01 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 01.