

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 22 APRIL 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 22 AVRIL 2026

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.13 uur en voorgezeten door mevrouw Frieda Gijbels.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 13 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 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De digitalisering van de medische nomenclatuur" (56014026C)

01 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La numérisation de la nomenclature médicale" (56014026C)

01.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, we bekijken de hervorming van de medische nomenclatuur in het Parlement al te vaak in het licht van de financiële discussies over tarieven, waardeschalen en verschuivingen tussen disciplines. Minder zichtbaar, maar misschien even ingrijpend, is de digitalisering ervan. Vandaag bestaat de nomenclatuur grotendeels uit tekstuele bepalingen die soms ruimte laten voor interpretatie.

Bij de hervorming wordt het systeem omgezet naar een gestructureerd digitaal systeem waarin regels en machineleesbare logica worden vastgelegd, zodat software automatisch controles kan uitvoeren en er daardoor gepast kan worden gefactureerd.

Daarnaast wordt de structuur van de nomenclatuur hertekend. De codes zouden worden vervangen door een systeem met meer cijfers en de classificatie zal niet langer gebaseerd zijn op het medische specialisme, maar op de topografie van het menselijk lichaam.

Volgens de huidige planning, mijnheer de minister, zou de nieuwe digitale nomenclatuur op 1 januari 2029 in werking treden. Dat betekent voor ziekenhuizen, softwareleveranciers en zorgverleners dat hun systemen en administratieve processen grondig moeten worden aangepast. Hoe evalueert u vandaag de voortgang van het traject rond de digitalisering van de medische nomenclatuur?

Op welke manier worden ziekenhuizen, leveranciers en zorgverleners ondersteund bij de noodzakelijke aanpassingen in hun IT-infrastructuur en welke risico's ziet u voor de implementatie, gelet op de grote impact op registratiesystemen en facturatieprocessen?

Hoe zal worden vermeden dat digitalisering leidt tot extra administratieve lasten?

Bent u, ten slotte, van plan om de sector tussentijds te informeren over de budgettaire en organisatorische impact van de nieuwe structuur vóór de geplande inwerkingtreding in 2029?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, u hebt absoluut een punt dat het herschrijven van de nomenclatuur en de vertaalde digitalisering ervan, waarmee wij bezig zijn, heel belangrijke werven zijn. De diensten van het RIZIV hebben een duidelijk traject uitgetekend voor de digitalisering van de nieuwe nomenclatuur en het opnemen van de digitale nomenclatuur in de

facturatiepakketten door de softwarebedrijven.

Dat traject is recent in detail toegelicht aan de sector tijdens een nationale kick-off eind februari in het Brusselse Pacheco Center. De presentatie die daar werd gegeven, werd breed gedeeld. Ik kan u die bezorgen indien u dat wenst. Dat bespaart mij een zeer gedetailleerd antwoord en dan kunt u ook echt vaststellen hoe het RIZIV dat aanpakt.

We zullen de sector tussentijds blijven informeren over de budgettaire en organisatorische impact van de nieuwe digitale nomenclatuur, voorafgaand aan de geplande inwerkingtreding in 2029.

01.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, bedankt voor uw bondige antwoord.

Ik had u gevraagd welke risico's u ziet bij de implementatie, op welke manier zal worden vermeden dat de digitalisering bijkomende administratieve lasten veroorzaakt en hoe er tussentijds geïnformeerd zal worden. U beantwoordt die vragen niet. Daaruit leid ik af dat dat voorlopig nog niet duidelijk is, waarvoor begrip – we zijn 2026. De sector is in ieder geval vragende partij voor een duidelijk tijdspad voor de communicatie van de nodige informatie.

Het is een heel belangrijke hervorming, zoals u terecht schetst. Dat die vragen mij bereiken, betekent dat er onduidelijkheid is op het terrein. Ik hoop dus van u te vernemen wanneer er verder zal worden geïnformeerd over het verloop van het proces.

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

De **voorzitter**: De vragen nrs. 56014038C en 56014042C van de heer Cornillie worden uitgesteld.

02 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van de opleiding chirurgie" (56014078C)

02 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme de la formation en chirurgie" (56014078C)

02.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, laatstejaarsstudenten die normaal gezien afstuderen op 30 september 2026, zijn verontrust omdat zij recent werden geïnformeerd dat de opleiding chirurgie wordt hervormd naar een systeem met drie jaar basisopleiding gevolgd door drie jaar subspecialisatie, met inwerkingtreding op 1 juli 2026.

Aan de laatstejaars werd meegedeeld dat deze hervorming niet van toepassing zou zijn op hun cohort. Wie al een lopend stageplan heeft, zal zijn titel behalen volgens het ministerieel besluit van 12 december 2002 en op die manier een 140-nummer kunnen verkrijgen.

Toch blijkt er onzekerheid te bestaan, omdat studenten niet weten wat zij met hun 140-nummer nog zullen kunnen doen. Men vermoedt dat er bijkomende vereisten zullen worden gesteld voor erkenning binnen de cardiale heekunde, maar het is vandaag onduidelijk welke die zijn en hoe daaraan kan worden voldaan. In de wandelgangen wordt gesproken over een extra jaar assistentschap waarna men de juiste subspecialisatie-erkenning zou kunnen bekomen.

Kunt u verduidelijken wat de situatie exact is voor de studenten in hun laatste jaar? Wordt er voor hen een overgangsregeling uitgewerkt en hoe ziet die eruit?

Wat zijn de gevolgen indien men afstudeert onder het oude systeem, zowel op korte als op lange termijn? Zullen zij automatisch een subspecialisatie-erkenning bekomen? Zo niet, bestaat er nog de mogelijkheid tot een latere erkenning?

Wat zijn ook de gevolgen van een extra jaar assistentschap, zowel op het vlak van het statuut van arts-specialist in opleiding als wat betreft de impact op een mogelijk fellowship in het buitenland?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Dank u wel voor uw vraag.

Het ministerieel besluit van 23 mei 2024 tot hervorming van de opleiding heekunde is gepubliceerd op

15 juli 2024 en is inderdaad in werking getreden op 1 juli van dit jaar. Het nieuwe systeem voorziet in drie jaar *truncus communis*, gevolgd door een gespecialiseerde vorming met vastgelegde competenties per titel en een verbeterde internationale vergelijkbaarheid.

Voor kandidaten die op 1 juli al een lopend stageplan hebben, waaronder laatstejaarsassistenten, zijn overgangsmaatregelen voorzien. Zij hebben twee mogelijkheden. Ofwel werken zij hun bestaande stageplan af en behalen zij de huidige titel heelkunde. Deze beroepstitel blijft bestaan, maar zal geen nieuwe instroom meer kennen. Aan deze titel zijn geen bijkomende beperkingen inzake activiteiten verbonden. Ofwel vraagt de kandidaat een aangepast stageplan aan om een van de nieuwe beroepstitels te behalen. Een automatische erkenning is niet mogelijk. Reeds verworven competenties moeten worden aangetoond en eventueel worden aangevuld via een compenserend stageplan.

Wie eerst de huidige titel behaalt en nadien een bijkomende specialisatietitel nastreeft, moet rekening houden met de minimale opleidingsduur die door de Europese regelgeving wordt opgelegd, met mogelijke vrijstellingen tot maximaal drie jaar, die geval per geval worden beoordeeld.

Bij een aangepast stageplan blijft momenteel het statuut van arts-specialist in opleiding van toepassing. Buitenlandse stages binnen een lopend traject blijven mogelijk volgens de geldende Europese en nationale regelgeving.

Zie daar mijn antwoorden.

02.03 Irina De Knop (Anders.): Ik vrees dat uw antwoorden dezelfde zijn als degene die zij eerder hebben gekregen, maar de onduidelijkheid blijft bestaan. Er zal toch een verdere verduidelijking moeten komen om een aantal bezorgdheden weg te nemen. Dank u wel.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De sekseverschillen bij medicatie en de impact ervan op vrouwen" (56014090C)

03 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les différences entre les sexes en matière de médicaments et leur impact sur les femmes" (56014090C)

03.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, recent kondigde u aan dat het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) een literatuurstudie naar sekseverschillen bij medicatie zal uitvoeren. Dat is heel belangrijk. Dat initiatief komt er na jaren van signalen dat vrouwen in medisch onderzoek en klinische studies nog steeds ondervertegenwoordigd zijn, terwijl al langer bekend is dat vrouwen anders op geneesmiddelen reageren dan mannen. Studies tonen bijvoorbeeld aan dat vrouwen 50 tot 60 % vaker bijwerkingen ervaren. Aandoeningen die vooral vrouwen treffen, zoals endometriose en PCOS, blijven vaak onderbelicht in onderzoek.

In het Parlement hebben we al vaker gewezen op het probleem dat medische studies en behandelingsrichtlijnen historisch vaak gebaseerd zijn op mannelijke testgroepen, waardoor verschillen in effectiviteit en bijwerkingen onvoldoende in kaart worden gebracht. Dat kan niet alleen leiden tot minder effectieve behandelingen, maar ook tot vermijdbare gezondheidsrisico's.

We vinden het positief dat u een eerste stap zet door een dergelijke literatuurstudie uit te voeren. Tegelijk rijst de vraag hoe snel en concreet die inzichten in beleid zullen worden omgezet. Het is immers dringend. Deze studie mag niet tot gevolg hebben dat bepaalde zaken verder op de lange baan worden geschoven.

Mijnheer de minister, wanneer verwacht u de resultaten van deze literatuurstudie? Werden daarbij bepaalde medicijnen geselecteerd? Zo ja, welke? Hoe zult u ervoor zorgen dat de bevindingen daadwerkelijk worden vertaald in richtlijnen voor artsen, geneesmiddelenonderzoek en klinische studies? Overweegt u om in de toekomstige klinische studies strengere voorwaarden op te leggen, zodat we de feiten niet achterna hoeven te hollen?

Zult u bekijken hoe ook in geneeskundeopleidingen en permanente vorming meer aandacht kan worden besteed aan deze verschillen? Welke bijkomende stappen ziet u naast de literatuurstudie om te evolueren naar een meer gendersensitief gezondheidsbeleid?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Aandacht hebben voor verschillen tussen mannen en vrouwen inzake ziektesymptomen, preventie en behandeling werd in het regeerakkoord als belangrijk punt aangestipt. Het regeerakkoord benadrukt ook dat binnen wetenschappelijk onderzoek, klinische studies en de commercialisering van geneesmiddelen echt meer rekening moet worden gehouden met sekseverschillen.

Ik ben gecontacteerd door de vzw Rebelle, die een sensibiliseringscampagne voert rond sekseverschillen in geneeskunde en farmacologie. In het kader van hun campagne *Niet getest op vrouwen* brachten zij onder de aandacht dat geneesmiddelenonderzoek historisch vaak vertrok vanuit een one-size-fits-all benadering, waarbij het mannelijke lichaam impliciet als referentie diende. Volgens Rebelle suggereren verschillende studies ook dat vrouwen vaker bijwerkingen ervaren van medicatie en vaker in het ziekenhuis terechtkomen als gevolg van medicatieproblemen. Sekseverschillen spelen dus mogelijk ook een relevante rol in zowel de werkzaamheid als de veiligheid van geneesmiddelen.

Dat vormt de achtergrond van de vraag die ik aan het KCE heb gesteld om een studie uit te voeren die een overzicht zal bieden van de bestaande wetenschappelijke evidentie over dit onderwerp. Ik heb die vraag gesteld omdat ik stapsgewijs wil werken. Als we dit probleem echt in de breedte willen aanpakken, moeten we tegelijkertijd zeer zorgvuldig zeer specifieke problematieken in de gezondheidszorg identificeren en daar diepgaand aan werken. Ik heb het KCE daarom gevraagd om eerst een studie met een overzicht van de bestaande wetenschappelijke evidentie voor te leggen. Dat vraagt ook tijd van het KCE. De publicatie is voorzien in de loop van 2028. Het gaat in de eerste plaats om overzichtsartikels die sekseverschillen hebben bestudeerd, met de bedoeling die studie zo inclusief mogelijk te maken. Als een selectie noodzakelijk blijkt wegens de haalbaarheid van de opdracht van het KCE, zal die gebeuren op basis van vooraf vastgelegde criteria bij de start van de studie.

Daarnaast wordt binnen het KCE Trials-programma al aandacht besteed aan een correcte vertegenwoordiging van vrouwen in klinische studies als onderdeel van de daarbij gehanteerde procedures.

Tot slot benadruk ik dat, zoals u terecht zegt, aandacht voor sekse- en genderspecifieke verschillen in diagnose en behandeling ook essentieel is in de opleiding van zorgverstrekkers. Dat valt in de eerste plaats onder de bevoegdheid van de gemeenschappen.

Ik kan voor verdere stappen nog geen timing geven. Met die KCE-studie zet ik evenwel een eerste belangrijke, brede stap, waarop uiteraard volgende stappen moeten volgen.

03.03 **Irina De Knop** (Anders.): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw antwoorden.

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

04 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van het klachtenklimaat op de uitoefening van medische onderzoeken" (56014091C)**

04 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'incidence de la culture de la plainte sur la pratique des examens médicaux" (56014091C)**

04.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, recent getuigde een huisarts in de media dat hij vrouwelijke patiënten voor een intiem onderzoek systematisch doorverwijst naar vrouwelijke collega's, omdat hij zich alsmaar minder comfortabel voelt bij bepaalde onderzoeken uit vrees voor mogelijke klachten of misinterpretaties.

Experts wijzen erop dat goede communicatie met patiënten, duidelijke uitleg over onderzoeken en respect voor grenzen essentieel zijn. Tegelijk beklemtonen ze dat de slinger niet te ver mag doorslaan en dat het heel problematisch zou zijn als artsen bepaalde medische onderzoeken systematisch

vermijden uit angst voor klachten.

Kreeg u signalen dat artsen bepaalde medische onderzoeken vermijden of patiënten hiervoor doorverwijzen? In welke mate leeft die bezorgdheid volgens u in de huisartsensector of bij andere zorgverleners?

Bestaan er vandaag al richtlijnen over de uitvoering van bepaalde medische onderzoeken, bijvoorbeeld met betrekking tot de aanwezigheid van een derde persoon of duidelijke communicatie met de patiënt? Wordt hier in de opleidingen en de permanente vorming voldoende aandacht aan besteed?

Hoe kunnen we een evenwicht vinden waarbij we enerzijds de patiënten beschermen en anderzijds ervoor zorgen dat artsen zonder vrees voor klachten hun werk correct kunnen blijven uitvoeren? Ik heb begrepen dat experts hierover bezorgd zijn en u erover hebben gecontacteerd. Ik hoor graag uw inzichten hierover.

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, mijn administraties noch ikzelf werden officieel door vertegenwoordigers van een beroepsgroep over het aangekaarte probleem gealarmeerd. Ik kan wel begrijpen dat, gezien het algemene maatschappelijke debat daarover en het feit dat de samenleving en verwachtingen veranderen, zorgverstrekkers de vraag stellen hoe ze met bepaalde onderzoeken moeten omgaan, welke handelingen ze moeten stellen en op welke manier ze dat moeten doen. Ik kan begrijpen dat sommigen, misschien onterecht, er in toenemende mate over bezorgd zijn waar de limieten liggen.

Het is goed dat we daarbij stilstaan. Ik ben het met u eens dat een dergelijke bezorgdheid niet tot een contraproductieve verlamming in het optreden van zorgverstrekkers mag leiden. Mijns inziens biedt de wet op de patiëntenrechten, gewijzigd in 2024, veel houvast. Die wet bevestigt dat een patiënt voorafgaandelijk en tijdig over geplande interventies moet worden geïnformeerd. Die informatie moet kwaliteitsvol zijn en aangepast aan de patiënt. De zorgverlener moet daarvoor voldoende tijd nemen en de patiënt uitnodigen om vragen te stellen. Dat betekent dat een zorgverlener de tijd neemt om uit te leggen hoe een intiem onderzoek verloopt, de patiënt geruststelt en de gelegenheid geeft om bijkomende vragen te stellen. Wanneer men dat doet, treedt men niet alleen correct op, maar wordt ook de vertrouwensrelatie tussen zorgverstrekker en patiënt opgebouwd of onderhouden. Dat zijn belangrijke en duidelijke uitgangspunten.

Bijkomend is in de wet van 2024 ook uitdrukkelijk verduidelijkt wat de rol is van een vertrouwenspersoon die bijstand verleent. Een patiënt mag tijdens de zorgverlening altijd vragen om te worden bijgestaan door een vertrouwenspersoon. U zult zich het debat daarover misschien nog herinneren.

Opleidingen met betrekking tot situaties waarin intieme onderzoeken plaatsvinden, kunnen uiteraard ook deel uitmaken van de basisopleiding van artsen. Opleiding is natuurlijk op zichzelf een bevoegdheid van de deelstaten. Ik weet wel dat, wat de artsen betreft, de Orde der artsen in haar adviezen ook aandacht besteedt aan de relatie tussen arts en patiënt. Ik kan nog een ander voorbeeld geven van die aandacht, namelijk het recente initiatief rond obstetrisch geweld door een interfederale werkgroep. Die bestaat uit de beroepsverenigingen van de gynaecologen en de vroedvrouwen, patiëntenverenigingen en de departementen die op federaal en regionaal niveau en op gemeenschapsniveau verantwoordelijk zijn voor gezondheid en gelijkheid.

Men werkt dus wel degelijk rond onderdelen van het aangehaalde brede probleem. Ik denk dat de wet op de patiëntenrechten een goed kader biedt. Ik ben me wel bewust van het brede debat en de mogelijk toenemende bezorgdheid, zonder dat ik daar officieel over geïnformeerd ben of een rapport heb gekregen.

04.03 **Irina De Knop** (Anders.): Dank u wel voor uw uitgebreide antwoord, mijnheer de minister.

Enerzijds toont dat uw bezorgdheid en betrokkenheid bij het thema, die ik als vrouw ook wel mee wil onderschrijven. Anderzijds mogen we inderdaad geenszins dramatiseren of ervoor zorgen dat mensen hun werk niet meer kunnen doen. U herinnert eraan dat de wet op de patiëntenrechten duidelijke handvatten biedt voor zowel zorgverleners als patiënten. Welnu, laat het misschien een uitnodiging zijn om de uitgangspunten in die wet en de filosofie waarop ze gebaseerd is, te vertalen in een communicatie. U doet dat geregeld wanneer het bijvoorbeeld over alcohol en drugs gaat. De FOD

Volksgezondheid zou bijvoorbeeld ook proactief over het aangekaarte thema informatieve campagnes ten aanzien van zorgverleners en patiënten kunnen opzetten. In een mooi en ideaal scenario zouden we daarover in de wachtkamer brochures met eenvoudige informatie die toegankelijk is voor patiënten, moeten kunnen terugvinden. Dat zou een zeer mooi initiatief zijn.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

05 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De fraudegevoeligheid en de controle op 000-artsen" (56014092C)**

05 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vulnérabilité à la fraude et le contrôle des médecins avec code de compétence 000" (56014092C)**

05.01 **Irina De Knop** (Anders.): Dit is een belangrijke vraag. Voor veel mensen lijkt ze op het eerste gezicht misschien technisch, maar, mijnheer de minister, u hebt eerder al een antwoord gegeven over 000-artsen en daarbij stelde u duidelijk dat het geen huisartsen zijn, dat hun registratie in ProGezondheid onvolledig kan zijn en dat er vandaag geen specifieke sancties zijn voorzien in het kader van hun activiteiten, bijvoorbeeld in medische huizen. Dat antwoord riep bij ons een aantal bijkomende vragen op.

000-artsen kunnen prestaties aanrekenen en onder meer medicatie, arbeidsongeschiktheid, klinische biologie en beeldvorming voorschrijven, terwijl het voor patiënten vaak onduidelijk is met welk type arts zij precies te maken hebben. Bovendien hebben we begrepen dat de overheid geen volledig zicht heeft op waar deze artsen actief zijn, welk ereloon zij effectief aanrekenen boven op de terugbetaling en of er binnen deze groep profielen zijn met een opvallend voorschrijf- en attestatiegedrag.

Daardoor lijkt deze categorie bijzonder fraudegevoelig. Dat geldt niet alleen omdat deze 000-artsen zich mogelijk in een precaire inkomenssituatie bevinden, maar ook omdat het systeem ruimte laat voor ongepaste facturatie, het afleveren van welwillendheidsattesten of het aantrekken van patiënten die op zoek zijn naar artsen die snel pijnstillers, slaapmiddelen of antibiotica willen voorschrijven; net zaken die we vanuit de overheid proberen te beperken.

Bent u bereid een grondige analyse te laten uitvoeren van deze groep van meer dan 3000 artsen, met bijzondere aandacht voor hun feitelijke tewerkstelling, hun voorschrijfgedrag en hun gebruik van arbeidsongeschiktheidsattesten?

Beschikt u over gegevens waaruit blijkt waar deze artsen actief zijn en hoeveel onder hen geen klassieke klinische praktijk uitoefenen, maar bijvoorbeeld werken in de farmasector, de overheid of andere instellingen?

Zult u het RIZIV vragen om binnen deze groep gericht te zoeken naar individuele *outliers* op het vlak van voorschriften?

Acht u het aanvaardbaar dat patiënten vandaag niet weten of zij een erkend huisarts consulteren dan wel een 000-arts? Overweegt u om die transparantie naar patiënten toe te versterken of zelfs verplicht te maken?

Tot slot, welke maatregelen overweegt u om de fraudegevoeligheid binnen deze categorie van artsen te verkleinen en de transparantie te vergroten?

05.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw De Knop, aan uw eerste vraag wil ik inderdaad wel tegemoetkomen. Ik zal het RIZIV vragen om bij toekomstige analyses de aandachtspunten die u aanhaalt met betrekking tot artsen met een 000-nummer mee te nemen.

Op uw tweede vraag, of ik over gegevens beschik: neen, er zijn momenteel geen gedetailleerde gegevens beschikbaar over de plaats van tewerkstelling van alle artsen met de bevoegdheidscode 000 of 009.

In het kader van de kwaliteitswet van 2019 bouwen de FOD Volksgezondheid en het RIZIV samen een praktijkregister uit dat meer inzicht zal geven in de praktijkvoering van artsen. We wachten dus nog op de resultaten daarvan.

Op uw derde vraag kan ik zeggen dat de DGEC van het RIZIV dergelijke onderzoeken uitvoert voor alle betrokken zorgverleners, dus ook voor de groep zorgverleners waar u naar verwijst.

U vraagt ook of ik het aanvaardbaar acht dat patiënten vandaag niet duidelijk weten of zij een erkend huisarts consulteren dan wel een 000-arts. Zeer kort en duidelijk: neen, dat is niet aanvaardbaar.

De kwalificatie van een arts kan worden nagegaan op de website van het RIZIV. Voor patiënten is het onderscheid echter niet altijd duidelijk en kan bijkomende toelichting of differentiatie nodig zijn. Het zich toe-eigenen van een titel is een schending van artikel 31 van de wet inzake de kwaliteitsvolle praktijkvoering en is dus strafbaar. Het kan worden vervolgd door de Federale Toezichtcommissie en het parket.

Wat de maatregelen betreft: het actieplan Handhaving 2026-2030 bevat instrumenten om de fraudegevoeligheid te beperken en de transparantie voor patiënten te vergroten, ook voor deze categorie van artsen. Deze groep wordt dus meegenomen in verschillende handhavingsacties van de DGEC. Ik ben het wel met u eens dat we deze groep in toekomstige analyses rond bepaalde problematieken expliciet moeten meenemen.

05.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik probeer een beetje tussen de lijnen te lezen en het is een zonnige dag, dus ik zal positief zijn.

Ik denk dat u begrijpt en onderschrijft hoe belangrijk het is om hier grondig onderzoek naar te doen. Dat staat enigszins in contrast met uw formele antwoord, dat toch wat op de vlakte blijft. U verwijst naar toekomstig onderzoek, naar het feit dat u vandaag nog niet over de nodige informatie beschikt en naar acties die nog verder moeten worden uitgewerkt. U verwees onder meer naar de uitwerking van een praktijkhandboek in het kader van de kwaliteitswet. Dat zijn op zich positieve aankondigingen, maar daaruit blijkt niet meteen een gevoel van hoogdringendheid.

Nochtans weten we uit een aantal recente gevallen die in de pers zijn verschenen dat dit type artsen mogelijk vaker op zoek is naar lucratieve activiteiten. Uiteraard zijn er velen die hun werk zeer plichtsbewust en ernstig uitvoeren, maar er lijkt ook een groep te zijn die de grenzen opzoekt. Dat hangt ook samen met het feit dat zij officieel niet de erelonen kunnen aanrekenen die sommige andere artsen wel kunnen vragen.

Er zijn dus voldoende redenen om dit grondig te onderzoeken, zeker in een context waarin artsen vandaag al geconfronteerd worden met een bepaalde beeldvorming over hun beroepsgroep. Mochten we daar de volledige focus op leggen, kunnen we voldoende het kaf van het koren scheiden.

Het is misschien ook een piste om in de toekomst bepaalde handelingen die zij vandaag mogen stellen te verbieden wanneer daar geen bijkomende specialisatie aan verbonden is. Daarnaast kan worden overwogen om nieuwe specialisaties te creëren, bijvoorbeeld voor arbeidsartsen of voor artsen die controleopdrachten uitvoeren. Als ik het goed begrijp, bestaan daarvoor vandaag geen specifieke specialismen. Alvast bedankt.

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

De **voorzitter**: De samengevoegde vragen nrs. 56014146C en 56014836C van mevrouw De Knop en mevrouw Ramlot worden uitgesteld.

06 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De problematiek van geplaatste kinderen in ziekenhuizen" (56014147C)

06 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La question du placement d'enfants en milieu hospitalier" (56014147C)

06.01 Irina De Knop (Anders.): Collega Bertels, u weet wat aan de basis ligt van deze vraag. We zijn samen op bezoek gegaan in het GIBBIS-ziekenhuis Sint-Pieters in Brussel, waar een belangrijke problematiek naar boven kwam, namelijk de problematiek van geplaatste kinderen in ziekenhuizen. Dit ligt mij echt na aan het hart.

Mijnheer de minister, ik probeer de problematiek even te kaderen. De Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen wijst in zijn advies over prioritaire behoeften voor 2025 op een structurele problematiek waarbij kinderen met ernstige medische, psychologische en sociale problemen tijdelijk in ziekenhuizen worden opgevangen, als een soort crisisopvang, vaak bij gebrek aan geschikte alternatieve opvangstructuren. Volgens de Federale Raad gaat het om kinderen met complexe medische en psychosociale noden, waarbij soms of vaker een multidisciplinaire evaluatie nodig is en waarbij een ziekenhuisopname meerdere weken kan duren.

Tegelijkertijd wordt benadrukt dat het ziekenhuis eigenlijk geen geschikte plaats is voor dergelijke plaatsing en dat er nood is aan een geïntegreerd zorgpad, met voldoende opvangstructuren buiten het ziekenhuis. De Federale Raad stelt in dat kader onder meer voor om de personeelsomkadering te versterken voor een aantal pediatrie bedden die specifiek gericht zijn op kinderen in medische, psychologische en sociale nood, in afwachting van een betere, structurele oplossing. Dit dossier raakt duidelijk zowel de gezondheidszorg als de bevoegdheden van de gemeenschappen inzake Jeugdhulp en Welzijn.

Bent u op de hoogte van de problematiek waarbij kinderen, bijvoorbeeld na een gerechtelijke beslissing, tijdelijk in ziekenhuizen worden opgevangen bij gebrek aan geschikte alternatieve opvang?

Beschikt u over cijfers met betrekking tot het aantal kinderen dat jaarlijks in dergelijke omstandigheden terecht komt en over de gemiddelde verblijfsduur?

Hoe evalueert u de aanbevelingen van de Federale Raad om de omkadering van pediatrie e-bedden te versterken?

Plant u federale maatregelen, bijvoorbeeld via financiering of RIZIV-conventies, om ziekenhuizen beter te ondersteunen wanneer dergelijke kinderen tijdelijk moeten worden opgenomen?

Hoe verloopt de samenwerking met de gemeenschappen en andere betrokken overheden om voldoende opvangstructuren buiten het ziekenhuis te voorzien, zodat ziekenhuizen niet langer als plaatsingsoplossing moeten fungeren?

Tot slot wil ik nog toevoegen dat het niet is omdat we dat in Brussel hebben ervaren dat die problematiek niet aanwezig zou zijn in Vlaanderen. We hebben in dat verband ook al heel wat andere mediaberichten gezien.

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben op de hoogte van de problemen die u signaleert. Op basis van de ziekenhuisgegevens heb ik zicht op het aantal jongeren met een psychiatrische diagnose die in pediatrie diensten verblijven. Om die diensten te ondersteunen, financier ik sinds 2021 een aantal liaisonteams die hun kinder- en jeugdpsychiatrische expertise inzetten in niet-psychiatrische ziekenhuisdiensten, zoals spoed- en pediatrie diensten, evenals in de A- en K-diensten. Dat gebeurt met de bedoeling om kinderen, jongeren en jongvolwassenen met ernstige en complexe psychische problemen daar te behandelen of te stabiliseren in afwachting van verdere mobiele, ambulante, residentiële of semi-residentiële behandeling. Dat gebeurt altijd op basis van duidelijk vastgelegde afspraken tussen de relevante partners in de GGKJ-netwerken.

Wanneer deze liaisonteams interveniëren in een pediatrie dienst, voorzie ik bovendien in het kader van die overeenkomst een bijkomende compensatie voor die diensten wanneer de interventies zouden

leiden tot een langere verblijfsduur.

Dat is natuurlijk, mevrouw De Knop, geen volledig antwoord op wat u als een breed maatschappelijk probleem schetst, namelijk tekorten in diverse sectoren. Ik heb wel geprobeerd om binnen het ziekenhuisgebeuren de psychiatrische en kinderspsychiatrische expertise die we hebben breder inzetbaar te maken, zodat ook in andere ziekenhuisdiensten in een correcte opvang kan worden voorzien voor kinderen en jongeren met psychiatrische problematiek.

06.03 Irina De Knop (Anders.): Er verschijnt toch een wolkje voor de zon, mijnheer de minister. We weten dat u uw best doet om kinderen en jongeren en ook volwassenen met psychologische problemen in het algemeen, sneller vooruit te helpen. Dat wordt niet ontkend.

Wat de liaisonteams betreft, die kende ik nog niet. Ik zal dat zeker verder onderzoeken, dus dank daarvoor.

Ik had echter graag cijfers gekregen over het aantal kinderen dat jaarlijks in dergelijke omstandigheden in de ziekenhuizen terecht komt. Ook over de verblijfsduur had ik graag meer informatie gekregen, om daarmee verder aan de slag te kunnen. Op basis daarvan kunnen we de gemeenschappen en vooral de gewesten verder bevragen en erop aandringen dat zij hun verantwoordelijkheid opnemen.

U hebt evenmin iets gezegd over de aanbevelingen van de Federale Raad over de omkadering van pediatrie e-bedden. Dat is nochtans een expliciete vraag, namelijk om die omkadering verder te versterken.

Naar aanleiding van dat bezoek hebben we nog een aantal andere instellingen en ziekenhuizen bevestigd. Dit is eigenlijk vrijwilligerswerk, mijnheer de minister. De hulp voor de zwakste kinderen in onze maatschappij wordt gefinancierd via Kiwanis en andere vzw's of hulpverleningsorganisaties die in de marge van ziekenhuizen actief zijn. Ik heb veel appreciatie voor de pediaters en de zorgverleners die daar aan de slag zijn, want wat zij doen voor die kinderen en jongeren gebeurt vaak buiten de tijd waarin zij door het ziekenhuis worden betaald. U weet dat zeer goed. We dragen daar met z'n allen een collectieve verantwoordelijkheid. Dat past in een ruimer maatschappelijk probleem, maar dat mag er niet toe leiden dat we onze ogen sluiten voor wat zich daar dag in dag uit afspeelt. Als we die kinderen vandaag niet ondersteunen, weten we heel goed dat dit de problemen van morgen zijn.

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

07 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De evolutie van het antibioticavoorschrijfgedrag bij huisartsen" (56014184C)

07 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'évolution de la prescription d'antibiotiques par les médecins généralistes" (56014184C)

07.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

Volgens een recente analyse van het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV) is het aantal antibioticavoorschriften door huisartsen gedaald sinds de invoering van indicatoren voor goede praktijk. Zo zou het aantal patiënten dat een antibioticum krijgt met ongeveer 14% zijn gedaald tussen de periodes 2023-2024 en 2024-2025. Ook het totale volume afgeleverde antibiotica vertoont een dalende trend.

De strijd tegen antimicrobiële resistentie blijft een belangrijke uitdaging voor de volksgezondheid. In dat kader werden in 2023 drie indicatoren voor goede praktijk ontwikkeld om huisartsen te ondersteunen bij een gepaste antibioticavoorschrijving en onnodige voorschriften te verminderen.

Hoewel de eerste resultaten volgens het RIZIV bemoedigend zijn, blijkt uit de analyse dat de impact op de keuze van antibiotica voorlopig nog beperkt blijft. Slechts een relatief klein aandeel artsen haalt momenteel de doelstellingen met betrekking tot het gebruik van eerstelijnsantibiotica en het beperken

van tweedelijsantibiotica.

Daarnaast worden ook andere instrumenten ingezet om rationeel antibioticagebruik te stimuleren, zoals de point-of-care CRP-test, die huisartsen kan helpen om bij patiënten met bijvoorbeeld luchtweginfecties beter te beoordelen of een antibioticumbehandeling aangewezen is. Voor deze test werd recent een terugbetalingsregeling ingevoerd.

Daarom had ik volgende vragen:

- 1. Hoe evalueert u de eerste resultaten van de invoering van indicatoren voor goede praktijk bij het voorschrijven van antibiotica door huisartsen?*
- 2. In welke mate kan de daling van het aantal antibioticavoorschriften volgens u effectief worden toegeschreven aan deze indicatoren en de bijhorende sensibiliseringsmaatregelen?*
- 3. Hoe verklaart u dat de impact op de keuze van moleculen, met name het gebruik van eerstelijns- versus tweedelijsantibiotica, voorlopig nog relatief beperkt blijft?*
- 4. Hoe evalueert u de invoering en het gebruik van de terugbetaalde point-of-care CRP-test in de huisartsenpraktijk? Beschikt u al over gegevens over het gebruik ervan en de impact op het antibioticavoorschrijfgedrag?*
- 5. Welke bijkomende maatregelen voorziet u binnen het nationale actieplan tegen antimicrobiële resistentie om een gepast antibioticagebruik verder te stimuleren?*

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, uw vraag gaat eigenlijk over wat we kunnen leren uit de invoering van indicatoren voor een goede praktijk met betrekking tot het voorschrijven van antibiotica. Ik kan u meedelen dat de eerste resultaten bemoedigend zijn. We zien een daling van het totale antibioticagebruik en een stijgend aandeel artsen dat de drempels voor het voorschrijfvolume behaalt. Het blijft echter essentieel om die evolutie over meerdere jaren op te volgen, zodat kan worden beoordeeld of die trend zich doorzet en structureel verankert.

Ons land blijft, volgens recente cijfers, bovengemiddeld scoren inzake antibioticagebruik in vergelijking met de OESO-landen. Er is dus nog werk te verrichten en verdere vooruitgang blijft mogelijk en nodig.

Om de vastgestelde daling te verklaren, moeten hypothesen worden gemaakt. Het is niet mogelijk om het effect van de indicatoren en de bijbehorende sensibiliseringsmaatregelen afzonderlijk te isoleren van andere interventies, omdat die gelijktijdig werden ingevoerd. Bovendien zijn de indicatoren gebaseerd op terugbetalingsgegevens en bieden ze geen inzicht in de klinische context, de indicatiestelling of de patiëntencasemix bij wie wordt voorgeschreven. Ik denk dat de positieve evolutie waarschijnlijk te wijten is aan een samenloop van maatregelen.

Naast de indicatoren zelf dragen ook andere initiatieven bij, zoals de antibioticabarometer, die vandaag mede wordt gestimuleerd via de praktijkpremie voor artsen en de versterkte vorming via onder meer de LOK-bijeenkomsten. De indicatoren lijken dus te werken als onderdeel van een bredere strategie, in samenhang met de acties van het nationaal actieplan tegen antimicrobiële resistentie.

Wat de POC-CRP-test betreft, voorziet de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen momenteel niet in een prestatie die door een huisarts kan worden aangerekend voor de uitvoering van dergelijke tests. Binnen de Technische Geneeskundige Raad van het RIZIV is evenwel een specifieke werkgroep belast met de bespreking van de eventuele terugbetaling van die testen.

Tot slot wordt binnen het kader van het NAP-AMR in bijkomende maatregelen voorzien, waaronder eerstelijnssteun via het BASICS-project, digitale beslissingsondersteuning, audit en feedback via de antibioticabarometer, geactualiseerde richtlijnen en een verbeterde surveillance van antibioticagebruik en antibioticaresistentie.

07.03 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, dat ik nog eens grondig zal nalezen.

Ik wil van de gelegenheid gebruikmaken, al is het misschien niet gebruikelijk, om nog even terug te komen op de vorige vraag. U zei dat u die cijfers hebt. Kunt u die cijfers met mij delen?

07.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja, dat kan ik vragen. De cijfers waarnaar ik verwezen heb,

betreffen kinderen met psychiatrische problematiek op andere afdelingen. Ik zal bekijken wat ik u kan bezorgen. Ik durf nu niet te beloven hoe dat er precies uitziet, maar ik zal bekijken wat ik u kan bezorgen.

07.05 Irina De Knop (Anders.): Ik dank u. We zien elkaar binnenkort nog, dus dan zal ik daarnaar kunnen verwijzen.

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

08 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De no-shows bij huisartsen" (56014185C)

08 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les rendez-vous non honorés chez les généralistes" (56014185C)

08.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

In veel huisartsenpraktijken vormen zogenaamde "no-shows", patiënten die niet opdagen op een gemaakte afspraak, een terugkerend probleem. Wanneer een patiënt niet op consultatie verschijnt zonder tijdig te verwittigen, gaat kostbare consultatietijd verloren en kan een andere patiënt niet geholpen worden. In een context waarin de druk op de eerstelijnszorg groot is en de toegankelijkheid van huisartsenzorg onder druk staat, is dat bijzonder problematisch.

Uit recente bevestigingen binnen de sector blijkt dat praktijken vandaag verschillende manieren zoeken om met dit probleem om te gaan. Sommige huisartsen werken met herinneringssystemen of waarschuwingsprocedures, anderen beperken online afspraken voor patiënten die herhaaldelijk niet opdagen. In sommige gevallen wordt ook een verzuimvergoeding overwogen of toegepast, vooral met het oog op sensibilisering.

Tegelijk geven veel huisartsen aan dat zij liever niet individueel moeten beslissen over dergelijke maatregelen en dat er nood is aan meer duidelijkheid en ondersteuning om no-shows te voorkomen.

Daarom had ik volgende vragen:

Beschikt u over cijfers over de omvang van het probleem van no-shows in huisartsenpraktijken in België?

Welke goede praktijken of initiatieven bestaan er vandaag om het aantal gemiste afspraken in de eerstelijnszorg te verminderen?

Wordt er op federaal niveau gewerkt aan aanbevelingen of ondersteuning voor huisartsenpraktijken om no-shows beter te voorkomen, bijvoorbeeld via herinneringssystemen of digitale oplossingen?

Hoe kan volgens u worden vermeden dat consultatietijd verloren gaat terwijl de vraag naar huisartsenzorg tegelijk blijft stijgen?

Bent u bereid samen met de sector te bekijken welke maatregelen kunnen bijdragen tot een efficiënter gebruik van consultatietijd en een betere toegankelijkheid van de eerstelijnszorg?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, de no-shows bij huisartsen zijn inderdaad een reëel probleem. Wanneer patiënten niet opdagen zonder verwittiging, gaat natuurlijk kostbare consultatietijd verloren, terwijl de druk op de eerste lijn vandaag eigenlijk al groot is.

De administratie heeft geen cijfers met betrekking tot de precieze omvang van dat probleem. Het afsprakenbeheer gebeurt op het niveau van de individuele praktijk. Er is geen uniforme registratie. Ik zou niet durven vragen om die no-shows ook nog eens te registreren, want we vragen al zoveel registratie en gegevens. Die cijfers hebben we dus niet.

U verwijst naar goede praktijken op het terrein. Huisartsen werken inderdaad onder meer met sms- of e-mailherinneringen. Ze maken vooraf duidelijke afspraken over annuleringen. Er worden ook waarschuwingsprocedures gehanteerd bij herhaaldelijk niet-opdagen. Dat zijn initiatieven die vaak lokaal of zelfs op het niveau van een praktijk zijn uitgewerkt. Ik denk dat daar wel wat uit te leren valt.

Op het federale niveau bestaan er momenteel geen specifieke richtlijnen over no-shows. Ik denk wel dat de meer algemene ondersteuning die we geven aan huisartsenpraktijken, waarmee ik doel op ondersteuning bij de digitalisering via telematicapremies en dergelijke, ondersteuning voor praktijkbeheer en praktijkorganisatie, helpt om systemen op te zetten die toelaten om no-shows beter aan te pakken, zonder dat wij daarvoor één model opleggen, want dat lijkt me niet aangewezen.

Ingaande op uw vierde punt, als men consultatietijd echt zorgvuldig wil bewaken, terwijl de vraag naar zorg blijft stijgen, dan heeft men inderdaad een combinatie van maatregelen nodig. Men moet ook een efficiënte organisatie van de praktijk ondersteunen en goed gebruikmaken van digitale toepassingen. U weet dat ik ook denk dat we binnen de wereld van de zorgprofessionals meer taakdelegatie nodig hebben, maar dat we ook patiënten meer moeten bewustmaken en aanspreken op hun eigen verantwoordelijkheid tegenover de zorg en tegenover andere patiënten, met name wanneer ze afspraken hebben gemaakt.

Ik ben altijd bereid om binnen het bestaande overlegmodel samen met de sector te bekijken welke bijkomende maatregelen kunnen bijdragen tot een vermindering van no-shows.

08.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, uw antwoord is nogal vrijblijvend. Dat zorgt op het terrein elke dag opnieuw voor problemen. Iedere huisarts weet dat no-shows geen randfenomeen zijn, maar een structureel probleem dat structureel consultatietijd verloren doet gaan.

In een systeem waarin andere patiënten soms weken moeten wachten op een afspraak, is dat bijzonder moeilijk uit te leggen. U verwijst naar goede praktijken en lokale initiatieven, maar u schuift de problemen enigszins door naar de individuele huisarts. Nochtans geven zij aan nood te hebben aan omkadering en ondersteuning, niet aan nog meer individuele afwegingen. Het gevolg is dat artsen en praktijken daar vandaag op uiteenlopende manieren mee omgaan.

Als we echt werk willen maken van toegankelijkheid – en ik weet dat dat een grote zorg van u is –, dan moeten we ook durven kijken naar de efficiëntie van het gebruik van de dokterscapaciteit. Ik had liever gehoord dat u zou zeggen dat u zich met een werkgroep over dit probleem zou buigen en zou bekijken wat we centraal kunnen uitwerken. Dat zou een steun kunnen zijn. Het feit dat de minister van Volksgezondheid daar zijn schouders onder zet, is bovendien een duidelijk signaal en een appel op de verantwoordelijkheid van patiënten.

Dat betekent niet dat alles centralistisch moet worden aangestuurd, maar het zou uw grote betrokkenheid bij dat probleem wel onderstrepen.

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

09 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename van de malariagevallen bij terugkerende reizigers en de resistentie tegen de behandeling" (56014186C)

09 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La recrudescence de la malaria chez les voyageurs de retour au pays et la résistance au traitement" (56014186C)

09.01 Irina De Knop (Anders.): Dit is toch ook belangrijk en iets wat we allicht steeds meer zullen meemaken. Gelet op de stijgende mobiliteit en steeds meer internationale reisbewegingen is het belangrijk dat we voldoende voorbereid zijn op de behandeling en de preventie van bepaalde importziekten als malaria. Vandaar mijn vragen.

Bent u op de hoogte van de toenemende bezorgdheid over malariaparasieten die resistent worden tegen bestaande behandelingen? Hoe kijkt u aan tegen deze evolutie?

Beschikt u over recente cijfers over het aantal malariagevallen bij terugkerende reizigers in België en de evolutie daarvan in de afgelopen jaren? Kunt u me deze cijfers ter beschikking stellen?

Hoe beoordeelt u het nieuwe nationale netwerk en het be-IMPACT-project, dat werd opgezet door het Instituut voor Tropische Geneeskunde en verschillende ziekenhuizen?

Worden de resultaten van dit project ook structureel meegenomen in het federale beleid inzake infectieziekten, reisgeneeskunde en antibiotica- en antiparasitaire resistentie?

Welke maatregelen worden vandaag genomen om reizigers beter te informeren over malariapreventie en om behandelingsresistentie tijdig te detecteren en aan te pakken?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Sinds enkele jaren wordt inderdaad steeds vaker melding gemaakt van een toename van het aantal gevallen waarin de behandeling bij reizigers met malaria niet aanslaat. Het gevolg is een groeiende bezorgdheid over de mogelijke rol van opkomende resistentie bij parasieten. Ik deel die bezorgdheid ook echt.

Met uitzondering van het jaar 2020, toen reizen beperkt werd wegens de covidpandemie, merken we de laatste 20 jaar een stelselmatige stijging van het jaarlijkse aantal gediagnosticeerde malariagevallen. Sciensano heeft dat voor mij in een grafiek weergegeven. Die grafiek kan ik hier niet voorlezen, maar ik stel voor dat ik hem met u deel. In de jaren 2024-2025 zien we wel een daling in het aantal gediagnosticeerde gevallen in België, nadat we in 2022-2023 een zeer grote inhaalbeweging zagen, postcovid. De vraag is hoe dat de komende jaren zal evolueren. Dat weet ik niet, maar dat neemt de bezorgdheid niet weg.

Het nieuwe nationale netwerk en het be-IMPACT-project van het ITG vind ik zeer positief en het komt er op het juiste moment, vermits de resistentie van malariaparasieten tegen de huidige geneesmiddelen in Afrika zich steeds verder verspreidt.

In antwoord op uw vierde vraag kan ik zeggen dat de verschillende onderdelen van het project momenteel nog niet vertaald zijn naar en geïntegreerd zijn in nieuw gezondheidsbeleid. Zover zijn we nog niet. De informatie die reizigers ontvangen tijdens consultaties in reisklinieken bevat echter al wel enkele elementen van dit project.

In antwoord op uw laatste vraag kan ik meegeven dat sinds 2019 een website en app, Wanda genaamd, werden ontwikkeld om Belgische reizigers te informeren over de aanbevolen preventieve maatregelen op reis. Dat gebeurde mede op vraag en met subsidie van het Vlaamse Departement Zorg. In de eerste jaren na de lancering van Wanda werd een uitgebreide bekendmakingscampagne gevoerd, voornamelijk in Vlaanderen en bij eerstelijnszorgverstrekkers. Dat heeft wel resultaat opgeleverd. In 2025 telde de website van Wanda 181.000 bezoekers en de app 38.000 gebruikers.

Tegelijkertijd voert het ITG enkele studies uit om te onderzoeken hoe maatregelen ter preventie van malaria worden opgevolgd en wat de eventuele barrières zijn.

09.03 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, misschien hebt u andere cijfers over het aantal malariagevallen bij terugkerende reizigers, want dat aantal is volgens u het laatste jaar wat gedaald, maar uit de informatie die we kregen van het Instituut voor Tropische Geneeskunde blijkt dat het aantal gevallen de afgelopen tien jaar is verdubbeld, met meer dan 500 gevallen in een piekjaar. Een verdubbeling is toch niet min.

Eenzijds toont uw antwoord opnieuw uw betrokkenheid, wat positief is. Anderzijds toont het ook aan dat de opvolging fragmentarisch gebeurt. Dat leidt ertoe dat we geen geïntegreerd preventiebeleid voeren, terwijl we, als we dat wel zouden doen en daar duidelijke *key performance indicators* (KPI's) aan zouden koppelen, ervoor zouden kunnen zorgen dat we besmettingen kunnen vermijden. Als we zaken in de gezondheidszorg vermijden, kunnen we ook besparen. We zullen dat dus verder opvolgen, want de aanpak is te fragmentarisch en de grote stijging toont aan dat er nood is om actie te ondernemen.

Ik wil daar wel een positief punt aan toevoegen. Die website Wanda heb ik zelf ook ontdekt nadat ik vorig jaar naar een meer tropische bestemming ging, waar de een of andere rare mug aanwezig is, waarvan ik de naam nu niet meer kan uitspreken. Ik heb daar wel degelijk de juiste en relevante informatie gevonden.

Ik heb echter wel moeten vaststellen dat de wachttijden om zich te laten inenten tegen dit soort infecties of om die infecties te vermijden, in de ziekenhuizen enorm oplopen. Dat is dus absoluut ook een

aandachtspunt. Ik kijk dan ook uit naar de cijfers die mij vandaag zullen worden bezorgd en die wellicht ook digitaal beschikbaar zijn.

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

10 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De centralisatie van de zorg voor zeldzame en complexe kankers" (56014187C)

10 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La centralisation des soins pour les cancers rares et complexes" (56014187C)

10.01 Irina De Knop (Anders.): Dit is opnieuw een belangrijke vraag, met een grote impact op patiënten.

Recente analyses van het Kankerregister bevestigen opnieuw dat patiënten met zeldzame en meer complexe kankers vaak betere overlevingskansen hebben wanneer zij worden behandeld in meer gespecialiseerde expertisecentra. Studies tonen ook aan dat zowel de overlevingskansen als de kwaliteit van de zorg gunstiger zijn wanneer behandelingen worden geconcentreerd in centra met voldoende ervaring.

Uit internationaal onderzoek blijkt dat patiënten met bepaalde sarcomen in gespecialiseerde centra aanzienlijk betere overlevingskansen hebben. Ook in België werd eerder vastgesteld dat de behandelresultaten beter zijn in ziekenhuizen die een minimaal aantal patiënten per jaar behandelen.

Hoewel er in België al stappen zijn gezet, bijvoorbeeld voor complexe chirurgie bij slokdarm- en pancreaskanker, stellen patiëntenorganisaties vast dat de vooruitgang erg traag gaat. Zij wijzen erop dat het KCE al meer dan tien jaar geleden pleitte voor een sterkere centralisatie van dergelijke zorg.

Hoe evalueert u de recente analyses van het Kankerregister waaruit blijkt dat de overlevingskansen hoger liggen wanneer patiënten worden behandeld in gespecialiseerde centra?

Wat is de huidige stand van zaken van de planning om de behandeling van zeldzame en complexe kankers verder te centraliseren? Voor welke bijkomende kankers wordt momenteel onderzocht of een concentratie van zorg aangewezen is?

Op welke termijn verwacht u daar beslissingen over te kunnen nemen?

Hoe zult u ervoor zorgen dat patiënten tijdig naar de juiste centra worden doorverwezen? We moeten immers jammer genoeg vaststellen dat huisartsen vaak doorverwijzen naar ziekenhuizen in de buurt, in plaats van onmiddellijk naar die gespecialiseerde centra te kijken. Daardoor gaat voor patiënten kostbare tijd verloren en wordt de 'leedtijd' voor patiënten groter.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank u wel.

Ik ben het volledig met u eens. De recente analyses van het Kankerregister bevestigen wat eerder ook uit verschillende rapporten van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg bleek, namelijk dat er voor zeldzame en complexe kankers een verband bestaat tussen het behandelingsvolume van een ziekenhuis en de overlevingskansen van patiënten. Dat onderstreept het cruciale belang van gespecialiseerde expertise en multidisciplinaire samenwerking.

Die vaststellingen passen binnen de bredere hervorming van het ziekenhuislandschap, waarbij we vertrekken van het principe *nabije zorg waar mogelijk, gecentraliseerde zorg waar nodig*, altijd met het oog op kwaliteit en veiligheid.

Ik ben ervan overtuigd dat we verder moeten gaan in het concentreren van onderdelen van de zorg voor complexe tumoren in referentiecentra. Het KCE-rapport kan daarbij als leidraad blijven dienen. Ik verwijs naar het lopende overleg over hoofd- en halstumoren, en vervolgens naar de aanpak van ovariumtumoren.

Waar botsen we op, mevrouw De Knop? Op weerstand vanuit het terrein: ziekenhuizen die blijven denken dat zij alles zelf kunnen aanbieden en juridische procedures die worden opgestart waarbij men op alle mogelijke manieren spijkers op laag water zoekt. Dat wijst op een kortetermijnvisie bij ziekenhuizen, waarbij het eigenbelang soms voorrang krijgt op het belang van de patiënt.

Ik laat mij daardoor echter niet afleiden van het doel, hoe moeizaam de weg soms ook is.

U hebt gelijk dat het essentieel is dat patiënten snel en correct worden doorverwezen naar de juiste expertisecentra. Daarom zetten we in op duidelijke zorgpaden, actuele lijsten van erkende centra en een goede afstemming tussen eerstelijnszorg en gespecialiseerde teams. Op die manier vermijden we tijdverlies en garanderen we dat elke patiënt zo snel mogelijk toegang krijgt tot de meest geschikte zorg.

10.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, het gebeurt niet zo vaak, maar we zijn het volledig met u eens.

10.04 Minister Frank Vandenbroucke: Zeer goed.

10.05 Irina De Knop (Anders.): Het zonnetje schijnt buiten, vandaar.

De **voorzitter**: Dat is een mooi einde van deze reeks vragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Advance care planning" (56014234C)

11 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'advance care planning" (56014234C)

11.01 Jan Bertels (Vooruit): Ik sluit me graag aan bij de positiviteit van mevrouw De Knop en van de minister.

Mijnheer de minister, wat *advance care planning* betreft, hebt u een mooie stap gezet in de richting van een meer humane zorg door de terugbetaling van *advance care planning* te officialiseren in 2022. Voor mij was dat een duidelijk signaal dat u verder wilt gaan met goede zorg die niet alleen bestaat uit de medische behandeling, maar vooral ook over de kwaliteit van het leven gaat en de autonomie van de patiënt tot op het allerlaatste moment. We moeten effectief verder bakens verzetten naar zorg op maat van de mens.

Recente cijfers, in dit geval van de onafhankelijke ziekfondsen, tonen echter aan dat de weg naar die praktijk soms nog hobbelig is en dat de regeling nog onderbenut blijft vergeleken met onder meer de cijfers omtrent het gebruik van het palliatief forfait. Ook zien we verschillen tussen regio's en tussen mensen die nog thuis wonen en mensen die in een woonzorgcentrum verblijven. Vandaar mijn vraag, meneer de minister.

Hoe kijkt u naar die eerste cijfers? Beschouwt u dit als een noodzakelijke aanloopperiode voor de fundamentele cultuuromslag in onze gezondheidszorg en onze visie op het levenseinde, waarbij we de focus verleggen naar levenskwaliteit?

Ten tweede, wat is het verschil met betrekking tot de mensen die thuis wonen, die de weg naar *advance care planning* nog niet zo optimaal vinden, en de cijfers in de woonzorgcentra? Welke activiteiten en initiatieven kunnen we daar nog ondernemen, onder meer naar onze huisartsen toe, zodat zij tijd kunnen investeren in kwalitatieve gesprekken hieromtrent?

Hoe kunnen we de perceptie rond *advance care planning* verder keren? Hoe maken we aan de burger duidelijk dat praten over de laatste levensfase niet gaat over opgeven, maar juist over het maximaliseren van de levenskwaliteit en de regie in eigen handen houden?

Ten slotte, kunnen we de goede praktijken die we in woonzorgcentra al zien en meemaken ook vertalen naar de bredere samenleving, zodat de menselijke maat de standaard wordt in ons hele zorgsysteem en zeker in de laatste levensfase?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik ben het met u eens, mijnheer Bertels. U hebt de vinger op de wonde gelegd in uw vragen. De cijfers die u aanhaalt, wijzen erop dat *advance care planning* nog niet overal optimaal ingang vindt.

Een aanlooperperiode wanneer iets nieuws zich aandient is normaal, maar we moeten ook besluiten dat een financiële vergoeding alleen niet volstaat om de bredere cultuuromslag die nodig is te realiseren. *Advance care planning* maakt deel uit van een ruimere evolutie naar een meer mensgerichte en meer passende zorg bij het levenseinde, waarbij de levenskwaliteit, de autonomie en de doelstellingen van de betrokken patiënten centraal staan. We zijn dus nog niet ver genoeg gevorderd in die cultuuromslag.

Ik wil daarbij ook benadrukken dat *advance care planning* geen document is. Het ligt niet vast, laat staan dat het in steen gebeiteld is. Het is eigenlijk een proces dat mee evolueert met de medische situatie van een patiënt, met de zorgnoden en de wensen van die patiënt. Om dat proces te ondersteunen, wordt naast de initiële vergoeding voor *advance care planning* ook voorzien in twee bijkomende honoraria voor opvolggesprekken. Daarmee erkennen we expliciet en geven we het signaal dat een goede zorgplanning tijd vraagt en herhaald overleg vereist. Die honoraria moeten huisartsen ondersteunen om op verschillende momenten opnieuw in dialoog te gaan met patiënten of met hun naasten.

Daarnaast loopt binnen het RIZIV een grondige analyse van de *uptake* van *advance care planning*. Daarbij wordt nagegaan hoe die verder kan worden versterkt en of een bredere betrokkenheid van andere zorgdisciplines, onder meer via een openstelling van de nomenclatuur, wenselijk is.

Wat betreft uw terechte pleidooi voor zorg op maat in de laatste levensfase, verwijs ik naar de werkzaamheden rond palliatieve zorg, waarbij we momenteel op twee sporen werken. Enerzijds is er de transversale werkgroep *End of Life*, onder leiding van dokter Katrien Bervoets, die volop aan de slag is. De werkgroep werkt aan gerichte maatregelen om in de laatste levensfase meer aandacht te hebben voor levenskwaliteit en persoonlijke wensen en om weinig zinvolle behandelingen en hospitalisaties te vermijden. Een conceptnota wordt tegen eind juni 2026 verwacht en zal worden voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Anderzijds wordt gewerkt aan de ontwikkeling van een geïntegreerd palliatief zorgtraject, vertrekkend van de zorgnoden van palliatieve patiënten en de bestaande tussenkomsten.

Dat gebeurt in overleg met de evaluaties uit de palliatieve zorg met aandacht voor de initiatieven van de gemeenschappen en op basis van relevante KCE-rapporten, inclusief specifieke aandacht voor pediatrische palliatieve zorg.

Heel concreet is het in ons klassieke vergoedingssysteem dus belangrijk dat wij twee bijkomende honoraria uitwerken voor opvolggesprekken voor *advance care planning*. Ik hoop dat dat voor het terrein echt een signaal is om die cultuuromslag te maken.

11.03 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik onthoud drie zaken.

Ten eerste, wij moeten voortwerken aan de cultuuromslag naar mensgerichte passende zorg en levenskwaliteit. Dat is werk van langere adem waar vooral veel over moet worden gesproken door alle zorgverleners.

Ten tweede, als u in het kader van de werkzaamheden stelt dat wij in het kader van de analyse die wordt gemaakt door het RIZIV voor de *uptake* moeten nagaan of andere zorgverleners moeten worden betrokken dan huisartsen, dan klopt dat volgens mij. Dat betekent niet dat huisartsen minder moeten doen, maar wel dat andere zorgverleners, zeker ook thuiszorgverleners, daarbij moeten worden betrokken en in die cultuuromslag kunnen worden meegenomen. Bij veel thuisverpleegkundigen is die omslag trouwens al grotendeels aanwezig. Ik onthoud ook dat het financiële zeker niet het enige argument is, maar dat de opvolggesprekken, zoals u ze noemt, zeker een positieve bijdrage zullen kunnen leveren.

Ten derde – en een aankondiging van nadere vragen en gesprekken daarover –, wij zullen het dossier

goed opvolgen. Ik neem aan dat u dat ook zult doen, net als het terrein, met betrekking tot wat de werkgroep *End of Life* zal opleveren. Zoals is opgenomen in het regeerakkoord, zullen wij ook kijken naar wat het geïntegreerd palliatief zorgtraject kan betekenen. Wij hopen dat nog tijdens de huidige legislatuur te kunnen uitrollen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

12 Vraag van Barbara Pas aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opname van de deelstaten in het Verzekeringscomité van het RIZIV" (56014248C)

12 Question de Barbara Pas à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'intégration des entités fédérées dans le Comité de l'assurance de l'INAMI" (56014248C)

12.01 **Barbara Pas** (VB): Mijnheer de minister, het regeerakkoord bevat het engagement om vertegenwoordigers van de deelstaten op te nemen in de Algemene Raad en in het Verzekeringscomité van het RIZIV. Dat wordt door de partij van de interim-voorzitter als een grote communautaire verwezenlijking voorgesteld, al gaat het slechts om een waarnemer zonder beslissingsbevoegdheid. Het eerste aspect, de Algemene Raad, is al in de vorige legislatuur bij wet geregeld. Dat had twee jaar geleden al een feit moeten zijn, maar tot op heden is dat door communautair gehakketaak nog steeds niet geregeld. Het Verzekeringscomité is dan weer nieuw en vergt bijkomend regelgevend werk. Ik heb u daarover in oktober al een schriftelijke vraag gesteld, waarop u antwoordde dat er na informeel overleg intussen "een voldoende draagvlak is gevonden tussen de diverse betrokkenen over de verdeling van de zitjes in de organen van het RIZIV en dat het nu nog enkel erop aankomt dat in wetgevend werk om te zetten."

In dat verband verwees u naar een voorontwerp van wet. Er zouden acht zitjes voor de deeltiteiten komen in plaats van zeven, waarvan er drie – in plaats van de twee oorspronkelijk voorziene – aan de Vlaamse Gemeenschap zouden toekomen. Diezelfde week heeft een collega van mij in het Vlaams Parlement minister Gennez daarover ondervraagd, en die laatste viel uit de lucht. Volgens haar is er helemaal nog geen consensus of voldoende draagvlak en wordt er nog altijd gezocht naar een voorstel dat door alle betrokken entiteiten wordt gedragen. Volgens haar circuleren er nog diverse scenario's, niet alleen vanuit de Vlaamse regering, maar ook vanuit andere deeltiteiten. Zij gaf aan te hopen op een mogelijk akkoord in de eerste helft van 2026.

Daarom pols ik naar de stand van zaken.

Mijnheer de minister, wat is momenteel de werkelijke stand van zaken? Wat zijn de vooruitzichten voor de realisatie van dit engagement uit het regeerakkoord?

Kunt u toelichten welke scenario's er circuleren om de verdeling van de zitjes op te lossen?

Is er al dan niet onder alle betrokkenen ondertussen overeenstemming gevonden over een bepaalde regeling? Welke zou dat dan zijn? Indien niet, vanwaar dan uw antwoord op mijn schriftelijke vraag van 7 oktober?

Als er nog steeds geen akkoord is, zult u vanuit het federale niveau verder stappen ondernemen om dat dossier te ontminnen? Welke mogen dat dan zijn?

Wanneer kan die vertegenwoordiging in de praktijk een feit zijn?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De wettelijke basis voor de vertegenwoordigingen van de deelstaten waarover u het hebt, moet natuurlijk nog definitief geregeld worden. U weet dat dit zit vervat in het wetsontwerp over de hervormingswet in de gezondheidszorg. Dat wetsontwerp is gisteren goedgekeurd in de commissie, het zou binnenkort op de agenda van de plenaire vergadering moeten komen. Als dat is goedgekeurd, kan het formele proces opstarten om met een koninklijk besluit, in overleg met de deelstaten, het aantal vertegenwoordigers en de verdeling ervan vast te leggen.

De federale regering heeft een principeakkoord dat er in totaal acht deelstaatvertegenwoordigers in elk

van de twee organen – Verzekeringscomité en Algemene Raad – voorzien worden. Elke betrokken deelstaat moet natuurlijk ook akkoord gaan met in het bijzonder de onderlinge verdeling van dat aantal. De concrete aanduiding van de vertegenwoordiger of vertegenwoordigers van elke deelstaat in de desbetreffende organen zal mogelijk zijn zodra dat koninklijk besluit aangenomen is. Als ze eenmaal aangeduid zijn, zullen ze natuurlijk onmiddellijk kunnen aansluiten, vanaf de eerste daaropvolgende bijeenkomst van die organen.

Die antwoorden zullen u niet verbazen, waarschijnlijk kon u dat zelf ook wel bedenken. Ik wil echter niet vooruitlopen op besprekingen die daarover gevoerd worden of moeten worden tussen de betrokken deelstaten.

12.03 **Barbara Pas** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister.

Ik heb de besprekingen over die zogenaamde kaderwet gevolgd. U verklaart dat het niet aan de federale Staat is om de vertegenwoordiging van de deelstaten te regelen zonder akkoord van de bevoegde regeringen. Dat was ook de kritiek die de Raad van State formuleerde.

U wilt niet op de zaken vooruitlopen, maar dat deed u blijkbaar wel in uw antwoord op mijn schriftelijke vraag, waarin u stelde dat er toen al een akkoord was. Dat kan ik vandaag niet afleiden uit uw antwoord. In uw antwoord vandaag bevestigt u dat er drie deelstaatvertegenwoordigers zullen zijn op een totaal van acht. Dat is, als ik snel reken, 28 % voor Vlaanderen, dat 60 % van de bevolking vertegenwoordigt. Ik weet niet of we daar bijzonder enthousiast en blij over moeten zijn, temeer omdat het slechts om een waarnemend zitje gaat. Zelfs dat duurt gruwelijk lang, mijnheer de minister. U kunt daar zelfs geen timing op kleven.

Ik zal dan ook genoodzaakt zijn om, zodra die kaderwet is afgerond – dat kan niet zolang meer duren – , bij u terug te komen met de vraag waar dat wetgevend kader blijft, zodat er toch minstens één communautair borrelnootje uit het regeerakkoord wordt gerealiseerd. Tot op vandaag blijft het immers nul op het rekest.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56014252C van mevrouw Taton vervalt.

13 **Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'état d'avancement du dossier du caisson hyperbare de l'Hôpital André Vésale" (56014253C)**

13 **Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stavaza betreffende de hyperbare kamer van het Hôpital André Vésale" (56014253C)**

13.01 **Anthony Dufrane** (MR): Monsieur le ministre, le 7 octobre 2025, j'avais déjà eu l'occasion de vous interpellier sur la problématique qui nous occupe, à savoir la menace qui pèse sur la fermeture du caisson hyperbare de l'hôpital André Vésale à Montigny-le-Tilleul.

Dans votre réponse, vous aviez indiqué qu'une analyse approfondie et un débat étaient nécessaires, tout en reconnaissant que le financement par nomenclature seule n'était pas viable et que la réforme en cours de la nomenclature devrait apporter plus de clarté. Depuis lors, la mobilisation citoyenne et politique s'est amplifiée. Plusieurs communes et villes de l'arrondissement de Thuin et de Charleroi ont adopté des motions unanimes appelant à la sauvegarde de ce service.

Ces motions demandent explicitement une révision immédiate des prestations de la nomenclature INAMI, la reconnaissance du caisson comme équipement lourd au sens de l'arrêté royal du 25 avril 2014 ainsi qu'une nouvelle étude du KCE. L'intercommunale HUMANI a elle-même tiré la sonnette d'alarme à plusieurs reprises sur le risque réel de fermeture à court comme à moyen terme.

Monsieur le ministre, depuis votre réponse d'octobre dernier, des démarches concrètes ont-elles été engagées avec l'INAMI pour réviser la nomenclature des prestations hyperbares et corriger le déséquilibre structurel entre le coût réel d'une séance et son remboursement actuel? Un calendrier

précis a-t-il été fixé pour aboutir à une solution de financement pérenne?

La reconnaissance du caisson hyperbare de l'hôpital Vésale comme équipement lourd au sens de l'arrêté du 25 avril 2014 a-t-elle été examinée par votre administration? Une nouvelle étude du KCE a-t-elle été commandée ou envisagée pour étayer une extension des indications remboursées?

Face à la mobilisation croissante des communes et des villes ainsi que des professionnels de la santé et des patients, et compte tenu également du fait que ce caisson est le dernier en Wallonie à assurer une permanence 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour l'ensemble des patients wallons, bruxellois et bien plus encore, entendez-vous inscrire ce dossier comme une priorité dans le cadre de la réforme hospitalière en cours, afin d'éviter une fermeture qui constituerait une rupture d'équité territoriale inacceptable en matière d'accès aux soins spécialisés?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Dufrane, avec mon collègue Yves Coppieters, nous avons effectivement reçu des motions émanant de différentes communes concernant le maintien du caisson hyperbare au CHU de Charleroi. Nous ne comprenons toutefois pas bien pour quelles raisons l'hôpital envisage de fermer le caisson. À ce jour, nous n'avons reçu aucune demande directe de sa part. J'invite donc l'hôpital à le faire, afin de pouvoir analyser le dossier de manière objective.

Par ailleurs, je tiens à souligner que la rentabilité financière d'une activité spécifique au sein d'un hôpital ne peut être dissociée des flux financiers globaux de l'établissement, sachant que certains services sont plus rentables que d'autres. Et de façon plus générale, vous savez que la réforme de la nomenclature en cours, qui recense les coûts des prestations médicales sur la base des données hospitalières, apportera davantage de clarté et de transparence à cet égard.

13.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, qui m'étonne en partie.

Mon collègue Jean-François Gatelier s'associera certainement à ma démarche d'interpeller l'intercommunale pour qu'elle vous fournisse ces renseignements. D'une manière générale, HUMANI envisage de fermer ce caisson, en particulier, pour des raisons financières. Chaque séance coûte à l'intercommunale. Et ces séances ne sont pas utilisées que par des habitants de l'arrondissement de Charleroi-Thuin.

Dès lors, monsieur le ministre, je m'engage ainsi que mon collègue – je pense pouvoir parler en son nom – à faire en sorte que vous ayez des réponses rapides de l'intercommunale, de manière à ce qu'on puisse avancer sur ce dossier et rassurer le personnel mais également les patients qui fréquentent ce service bien utile.

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

14 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Vastgestelde onterechte aanrekeningen in de gezondheidszorg" (56014270C)

14 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les facturations injustifiées constatées dans le secteur des soins de santé" (56014270C)

14.01 Irina De Knop (Anders.): We hebben het jaarverslag gezien van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle (DGEC) van het RIZIV, waaruit blijkt dat in 2025 voor 15 miljoen euro aan onterechte aanrekeningen werd vastgesteld bij zorgverstrekkers en zorginstellingen. Dat is een van de hoogste bedragen van de voorbije jaren, hoewel ook minder controleonderzoeken werden uitgevoerd. We vinden het daarbij belangrijk te benadrukken dat het merendeel van de vaststellingen betrekking heeft op administratieve fouten en dat slechts een minderheid van de dossiers effectief fraude betreft. Het overgrote deel van de zorgverleners oefent zijn beroep dan ook correct en integer uit.

Tegelijk tonen die cijfers aan dat er in een beperkt aantal gevallen sprake is van zeer ernstige fraude, vaak met aanzienlijke bedragen. Dat kan het vertrouwen in het systeem ondermijnen en heeft een impact op de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van onze zorg. Vandaar onze vragen.

Hoe evalueert u de stijging van het bedrag aan onterechte aanrekeningen, in het bijzonder in verhouding tot het lagere aantal controles?

Hoe verklaart u dat de ernst en de financiële omvang per dossier lijken toe te nemen? Waaraan kan dat liggen?

Kunt u een verdere opsplitsing geven van de vastgestelde onterechte aanrekeningen tussen wat administratief of betwistbaar is en wat effectief over fraude gaat?

Hoe evalueert u de effectiviteit van de huidige sancties, gelet op het feit dat vandaag geen schorsingen worden toegepast?

Op welke manier wordt ingezet op preventie en begeleiding om administratieve fouten te verminderen?

Kunt u ons ook een uitsplitsing geven van de vastgestelde onterechte aanrekeningen tussen enerzijds de diensten voor thuisverpleging en anderzijds de zelfstandige verpleegkundigen? Ziet u daar een verschil?

Zult u met de uitbreiding van het aantal inspecteurs de fraude en de fouten doeltreffender kunnen opsporen? Of is er eventueel nood aan een ander systeem om de opvolging beter te kunnen doen?

Dank u wel.

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het activiteitenverslag van de DGEC toont dat de controles steeds gericht worden ingezet, met een focus op dossiers met een potentieel grotere impact. Dat verklaart waarom, ondanks het feit dat er minder controles zijn, het totaalbedrag aan onterechte aanrekeningen stijgt en de dossiers zwaarder doorwegen. Het gaat daarbij zowel om administratieve fouten als om intentionele inbreuken.

Bestrijding van fraude blijft vanzelfsprekend een prioriteit. Daarom is een ambitieus actieplan inzake handhaving uitgewerkt voor de termijn 2026-2030, met 51 acties, gericht op betere samenwerking, efficiënte informatie-uitwisseling en een combinatie van preventie en sanctionering. De effectiviteit van de sancties moet in een bredere evolutie worden gezien. We bouwen doelgericht aan een versterkt en een meer coherent handavingskader, waarin ook bijkomende instrumenten worden ontwikkeld om sneller en doeltreffender te kunnen ingrijpen wanneer dat nodig is. Het gaat onder andere om de mogelijkheid tot schorsing van RIZIV-nummers, maar dat is uiteraard maar één element, hoewel belangrijk, in het kader van een veel breder geheel.

Tot slot zijn extra inspecteurs noodzakelijk, maar dat is ook niet voldoende. Het is essentieel om zowel de personeelscapaciteit als de beschikbare instrumenten te versterken. We gaan deze geïntegreerde aanpak de komende jaren verder uitrollen en opvolgen.

U hebt ook detailvragen over uitsplitsingen, maar dat kan ik in een mondelinge vraag niet ten gronde beantwoorden. Ik denk dat dat iets is voor een schriftelijke vraag.

14.03 **Irina De Knop** (Anders.): Ik begrijp dat u dat zegt, mijnheer de minister, maar de realiteit is dat we heel lang moeten wachten op antwoorden op schriftelijke vragen, soms maanden. Dat maakt het heel moeilijk om ons parlementaire werk op een correcte manier te doen. Daar moeten we dan wel een oplossing voor vinden. Daarom vragen we nu toch al om een aantal cijfers. Ik denk toch dat u enkele weken de tijd had om dat ook na te kijken. Ik betreur het dat u die informatie niet aan het Parlement geeft, terwijl u die wel hebt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les enjeux sanitaires de l'aquamation et la gestion des corps pour une nouvelle pratique funéraire" (56014294C)

15 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gezondheidsvragen rond aquamatie en de behandeling van lichamen voor een nieuwe uitvaartpraktijk" (56014294C)

15.01 **Anthony Dufrane** (MR): Madame la présidente, je me réfère au texte de ma question déposée.

Monsieur le ministre, l'aquamation, ou hydrolyse alcaline, est une méthode funéraire qui consiste à dissoudre le corps humain dans une solution d'eau chaude et de potasse sous pression. Si son bilan environnemental est présenté comme nettement plus favorable que celui de la crémation traditionnelle, cette technique soulève des questions sanitaires spécifiques qui relèvent directement des compétences de votre département.

Le processus génère un effluent liquide composé d'acides aminés, de peptides, de graisses saponifiées et de sels minéraux. Dans les pays où l'aquamation est pratiquée, ce liquide est généralement rejeté dans le réseau d'assainissement après traitement. Or, lorsque le défunt était porteur d'agents pathogènes, de résidus médicamenteux, de prothèses ou d'implants contenant des métaux lourds, ou encore de substances radioactives liées à des traitements anticancéreux récents, la question de la neutralisation complète de ces éléments dans le processus d'hydrolyse alcaline se pose. La sécurité sanitaire des travailleurs manipulant ces liquides, ainsi que l'impact sur les stations d'épuration et les eaux de surface, méritent une évaluation de la part de vos départements avant l'arrivée de cette pratique.

Mes questions, Monsieur le Ministre, sont les suivantes:

Une évaluation sanitaire du processus d'aquamation a-t-elle été conduite par Sciensano, notamment concernant la neutralisation des agents pathogènes, des résidus médicamenteux et des substances radioactives potentiellement présentes dans les effluents liquides générés, et les normes actuelles de rejet dans le réseau d'assainissement seraient-elles suffisantes pour encadrer ce type de déchets spécifiques?

La manipulation des dépouilles dans le cadre du processus d'aquamation implique une exposition prolongée des opérateurs funéraires à des produits chimiques et à des produits biologiques: quelles normes de protection des travailleurs seraient applicables, et votre SPF a-t-il évalué si le cadre réglementaire belge actuel en matière de santé au travail dans le secteur funéraire serait adéquat pour encadrer cette nouvelle pratique?

Dans la perspective d'une éventuelle légalisation de l'aquamation en Belgique, une collaboration est-elle envisagée entre votre département et les autorités compétentes en matière d'assainissement et de gestion des eaux usées pour définir des protocoles sanitaires stricts encadrant le traitement et le rejet des effluents?

De même pour les régions compétentes dans le cadre du funéraire?

15.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le Conseil Supérieur de la Santé a été saisi d'une demande d'avis sur le sujet formulée par la ministre flamande du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille. Cet avis est en préparation et pour le finaliser, on avait à attendre un avis similaire du Conseil néerlandais de la santé. Comme la procédure d'avis n'est actuellement pas terminée, les réponses sont basées sur l'avis publié aux Pays-Bas.

Le Conseil néerlandais de la santé a conclu que l'hydrolyse alcaline ou la résomation, également appelée aquamation, si elle est correctement réalisée, inactive efficacement les agents pathogènes et, à cet égard, présente un niveau de sécurité comparable à la crémation.

Il recommande que le rejet des effluents n'ait lieu que si les normes environnementales existantes sont respectées et que, si nécessaire, un traitement supplémentaire ou une surveillance soit prévue. Ce sont les gouvernements régionaux qui sont compétents pour vérifier de telles conclusions, au regard des normes de rejets en vigueur et de la capacité d'épuration des eaux.

Le Conseil néerlandais de la santé estime que les risques pour les travailleurs lors de la résomation sont maîtrisables, à condition de travailler dans des installations fermées et avec des procédures de

sécurité adéquates. Cela implique notamment l'utilisation d'équipements de protection individuelle, des protocoles opérationnels clairs et des protocoles d'hygiène stricts. En Belgique, la réglementation en la matière relève de la compétence du ministre du Travail.

Le Conseil néerlandais de la santé estime que la résomation peut être autorisée comme alternative à part entière à l'inhumation et à la crémation, à condition qu'un cadre réglementaire clair soit établi, englobant à la fois les aspects environnementaux et sanitaires. Dans le contexte belge, cette approbation relève des régions.

Voici donc une réponse basée sur l'avis reçu par nos voisins néerlandais.

15.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir pris ce dossier en main et d'avoir pris le temps de me répondre de manière détaillée. Je suis heureux de savoir que les avis sont en préparation et que les premiers avis des pays voisins, comme les Pays-Bas, sont assez positifs. Nous pourrions envisager cette méthode comme alternative à la crémation.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

16 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La situation de l'hôpital de Chimay" (56014295C)

16 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De situatie van het ziekenhuis van Chimay" (56014295C)

16.01 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, la région de Chimay illustre de manière saisissante les tensions que fait peser la réforme hospitalière en cours sur les soins de proximité dans les zones rurales éloignées des grands centres urbains.

Ces dernières années, l'hôpital de Chimay a déjà vu plusieurs de ses services réduits: diminution des lits en soins intensifs, baisse de l'activité chirurgicale et fermeture de la maternité. La dernière alerte en date concerne la quasi-disparition des consultations en diabétologie, faute de remplaçant après le décès du spécialiste. Les conséquences concrètes sont déjà visibles: des patients diabétiques interrompent leur traitement faute de suivi spécialisé accessible, avec des risques mortels documentés, tandis que des généralistes se retrouvent en première ligne face à des situations médicales dépassant leurs compétences, comme des accouchements. Si les urgences de Chimay venaient à disparaître, 60 kilomètres minimum séparerait les habitants du prochain établissement hospitalier, dans une région identifiée comme zone à haut risque cardiovasculaire.

Quelle est la position du gouvernement fédéral sur le statut dérogatoire de l'hôpital de proximité pour des sites isolés comme celui de Chimay, situé à plus de 45 minutes du centre de référence le plus proche? Existe-t-il un engagement ferme pour le maintien du service d'urgences et du SMUR à Chimay, sans lequel la sécurité sanitaire de la botte du Hainaut serait gravement compromise?

La disparition de la consultation de diabétologie à Chimay est un signal d'alarme. Envisagez-vous de rendre obligatoires les consultations avancées pour les spécialistes des hôpitaux de référence afin qu'ils assurent les permanences hebdomadaires dans les zones rurales? Quelles mesures d'incitation financière via l'INAMI comptez-vous proposer pour favoriser l'installation de jeunes spécialistes en zone rurale, à l'instar de ce qui existe déjà pour les médecins généralistes avec les primes Impulseo?

Face au risque de complications liées au manque de suivi, le SPF Santé publique a-t-il réalisé une étude d'impact sur la mortalité évitable dans les zones de déserts médicaux en Belgique? Des indicateurs spécifiques de santé publique sont-ils suivis pour la région de Chimay afin de mesurer si la fermeture de la maternité ou la réduction des soins spécialisés a entraîné une hausse des pathologies non diagnostiquées?

La télémédecine est souvent présentée comme une solution. Est-elle réellement opérationnelle pour le suivi de patients chroniques et comment accompagnez-vous les patients âgés ou en situation de fracture numérique?

Enfin, comptez-vous rassurer les médecins généralistes de la région qui, épuisés, se retrouvent à gérer

des situations critiques – accouchements inopinés ou décompensations graves – sans le filet de sécurité d'un plateau technique hospitalier à proximité immédiate?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Je crois qu'il convient tout d'abord de clarifier le cadre général dans lequel s'inscrivent les éléments que vous évoquez.

À ce stade, aucune réforme du paysage hospitalier n'est en cours. Un groupe d'experts a effectivement formulé des recommandations en vue d'une éventuelle réforme future, mais celle-ci ne constitue pas une décision politique. Ce rapport fait actuellement l'objet d'une analyse approfondie au sein des différents conseils d'avis compétents, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées. Ce n'est qu'au terme de ces travaux et sur la base d'une concertation interinstitutionnelle que des décisions pourraient, le cas échéant, être envisagées.

Il est également essentiel de rappeler que les décisions relatives à l'organisation territoriale de l'offre hospitalière, et en particulier à la situation d'un hôpital ou d'un site hospitalier spécifiques, relèvent en premier lieu des compétences des entités fédérées, ici la Région wallonne.

En ce qui concerne plus spécifiquement Chimay, je suis conscient des enjeux spécifiques liés à l'accessibilité géographique des soins, en particulier dans les zones rurales ou faiblement densifiées. Toutefois, aucun statut dérogatoire spécifique d'un hôpital de proximité n'est actuellement inscrit dans la réglementation fédérale. Les recommandations du groupe d'experts évoquent différentes pistes visant à mieux prendre en compte les réalités territoriales, mais celles-ci ne constituent pas des décisions et doivent encore être examinées dans le cadre institutionnel approprié.

Il n'existe à ce stade aucun engagement fédéral spécifique portant sur le maintien ou la suppression d'un service d'urgence ou d'un SMUR sur un site hospitalier déterminé, y compris à Chimay.

Ces décisions relèvent de la programmation hospitalière et de l'organisation territoriale des soins, qui sont de la compétence des entités fédérées en concertation avec les acteurs concernés. Nous devons d'abord nous pencher sur les conclusions politiques, qui peuvent être liées au rapport d'experts, avant de préciser des réponses à ce sujet.

En réponse à vos autres questions, je me permets de réagir de façon assez générale. Nous sommes évidemment très attentifs aux enjeux d'accessibilité aux soins, notamment dans les zones rurales. Nous poursuivons des actions en matière de renforcement de la première ligne, de travail en réseau et d'utilisation complémentaire de la télémédecine, qui peut évidemment être un outil important dans ce contexte, dans le respect des compétences de chacun.

16.03 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je ne manquerai pas de relayer auprès des collègues des entités fédérées pour ce qu'il doit être.

Mais, à nouveau, le Hainaut est en danger d'un point de vue médical. Comme pour le caisson hyperbare, une partie des habitants risque de se voir privée de soins de qualité. Or, pour moi, il est invisable dans notre pays de voir des patients abandonner un traitement à cause de la distance ou de se résoudre à les envoyer se soigner en France et de passer la frontière. Je vous enjoins donc à trouver des solutions pour nos malades, mais aussi pour nos soignants qui sont trop souvent mis sous pression.

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

17 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De telemonitoring en therapiebegeleiding bij chronisch hartfalen" (56014296C)

17 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La télésurveillance et l'orientation thérapeutique en cas d'insuffisance cardiaque chronique" (56014296C)

17.01 Irina De Knop (Anders.): Ik verwijs naar de tekst van mijn ingediende vraag.

Het RIZIV voorziet in een overeenkomst ziekenhuizen voor telemonitoring en therapiebegeleiding bij chronisch hartfalen. Vanaf 1 januari 2025 vergoedt men de ziekenhuizen die een dergelijke overeenkomst met het RIZIV hebben afgesloten. Ziekenhuizen-niet allemaal- zijn op zoek gegaan naar een private partner om daarvoor de infrastructuur te voorzien wat is uitgemond in één telemonitoringplatform bij eenzelfde private firma. Die private partner heeft uiteraard ook de verbinding gerealiseerd met de verschillende systemen die ziekenhuizen gebruiken. Het systeem werkt tot ieders tevredenheid. Blijkbaar vindt de overheid nu dat ziekenhuizen zich niet afhankelijk mogen maken van een private partner en wil het zelf een platform creëren dat werkt op eHealth. De ziekenhuizen kregen ondertussen van het RIZIV het bericht dat ze verder worden gefinancierd voor het werken met het huidige platform op voorwaarde dat ze geen nieuw zorgpad met telemonitoring op dat platform opstarten en dat ze overschakelen naar het platform op eHealth zodra dat beschikbaar is. Het belang van telemonitoring kennende gelet op de vergrijzing betekent dit dat er twee jaar geen enkel nieuw zorgpad via telemonitoring kan worden opgestart waardoor de patiënten in ziekenhuizen zullen moeten opgevolgd blijven wat natuurlijk duurder is voor het RIZIV dan opvolging via telemonitoring.

Graag vernam ik van de minister:

- 1. Ziekenhuizen hebben uiteraard een vergoeding betaald voor de ontwikkeling van het platform door de private partner. Dat geld is eigenlijk weggegooid geld. Hoe groot is het bedrag dat op die manier verloren gaat doordat de overheid ondoordacht te werk is gegaan?*
- 2. Hoelang zal het duren vooraleer de overheid zelf een telemonitoringplatform zal hebben opgezet en hoeveel zal dat kosten?*
- 3. Was er geen andere mogelijkheid om dit probleem op te lossen zonder dat de uitbreiding van het systeem van telemonitoring naar andere zorgpaden voor twee jaar geblokkeerd wordt?*
- 4. Wat is de reactie van de minister op het stilleggen van nieuwe zorgpaden via telemonitoring en dus het verderzetten van dure opvolgingen van patiënten in ziekenhuizen terwijl dat wellicht ook via telemonitoring kan?*

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, u hebt vier vragen gesteld.

Op de eerste wil ik het volgende antwoorden. In de jaren 2024-2025 kregen enkele ziekenhuizen een tijdelijke financiering voor data-innovatiepilotprojecten. OLV Waregem ontving 1,5 miljoen euro projectfinanciering voor de ontwikkeling van een telemonitoringplatform en FHIR-standaarden voor gegevensuitwisseling. Daaraan waren drie essentiële voorwaarden gekoppeld: integratie op termijn met het platform voor digitale voorschriften van het RIZIV, overdracht van het eigenaarschap van de ontwikkelde oplossing aan de FOD Volksgezondheid en integratie in het eHealth-ecosysteem voor een veilige uitwisseling van gezondheidsgegevens.

Het ontwikkelde platform bleef echter losstaan en werd niet geïntegreerd in het eHealth-ecosysteem, terwijl die integratie essentieel is voor duurzame transmurale zorg. Daarnaast vroeg de ontwikkelaar 2 miljoen euro per jaar voor het onderhoud van het platform en de integratie met de ziekenhuizen, en is er geen overdracht van eigenaarschap gebeurd door de ontwikkelaar.

Gezien die hoge kost drong een herziening van de strategie zich op. Op basis van de ervaringen uit dit en andere projecten werkte de overheid eind 2025, in overleg met de ziekenhuisnetwerken, een visie uit die maximaal inzet op bestaande componenten, zoals het digitale verwijzingsvoorschrift en de vier hubs, om parallelle systemen en bijkomende complexiteit te vermijden. De ontwikkelde standaarden worden verder hergebruikt.

Wat uw tweede vraag betreft, door het gebruik van bestaande componenten hoeft niet van nul te worden gestart, waardoor de eerste zorgpaden vanaf begin 2027 in pilootfase kunnen worden uitgerold.

Wat uw derde vraag betreft, het project voorzag in continuïteit na afloop. Ziekenhuizen kunnen het platform blijven gebruiken en nieuwe zorgpaden opstarten, mits betaling van een lidmaatschapsbijdrage. De overheid verlengt de projectfinanciering niet, maar biedt een tijdelijke tegemoetkoming aan ziekenhuizen die deze bijdrage betalen, in afwachting van de realisatie van de nieuwe visie.

Wat uw laatste vraag betreft, de initiatieven die vandaag vanuit de sector worden genomen, tonen aan dat er meerdere mogelijkheden zijn om zorgpaden op te zetten met gebruik van telemonitoring of *in-person care*. De Wereldgezondheidsorganisatie stelt dat beide benaderingen mogelijk moeten blijven, met een gelijke, in-parity financiering. Ziekenhuizen kunnen bijkomende zorgpaden ontwikkelen met gebruik van technologie wanneer zij dat wensen.

17.03 Irina De Knop (Anders.): Ik wil u bedanken voor uw uitgebreide antwoord.

Het ligt wellicht aan mij, mijnheer de minister, maar bij uw derde antwoord heb ik nog een bijkomende vraag. Kunt u verduidelijken waarom er geen andere mogelijkheid werd gebruikt, zonder dat de uitbreiding van het systeem werd geblokkeerd?

17.04 Minister Frank Vandenbroucke: Dat begrijp ik niet goed. Kunt u dat verduidelijken?

17.05 Irina De Knop (Anders.): Ik heb begrepen dat de uitbreiding van het telemonitoringsysteem naar andere zorgpaden momenteel geblokkeerd is omdat men het geheel globaal wil aanpakken.

17.06 Minister Frank Vandenbroucke: Daar kan ik niet zomaar op antwoorden. Daar durf ik mij niet over uit te spreken.

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

18 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toegankelijkheid van borstprothesen na de hervorming van de erkenningen" (56014307C)

18 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès aux prothèses mammaires après la réforme des agréments" (56014307C)

18.01 Irina De Knop (Anders.): Sinds de hervorming van de erkenning voor bandagisten en orthopedisch technologen is de regelgeving rond de verkoop van medische hulpmiddelen, waaronder borstprothesen, aanzienlijk gewijzigd. Deze hervorming had tot doel de kwaliteit en professionalisering van de zorg te versterken. Uit signalen van het werkveld blijkt echter dat deze hervorming ook onbedoelde neveneffecten heeft voor de toegankelijkheid van borstprothesen voor vrouwen. Zo stoppen ze in verschillende regio's met de verkoop van borstprothesen, waardoor het aanbod voor patiënten sterk dreigt te verschromen.

Tegelijk blijkt dat zorgverleners die zich vandaag uitsluitend willen toeleggen op dit type medische hulpmiddelen, daarvoor enkel een RIZIV-erkenning kunnen verkrijgen door de volledige opleiding te volgen, ook al oefenen zij in de praktijk slechts een zeer beperkt en gespecialiseerd deel van dat beroep uit. Hoe gespecialiseerder bepaalde hulpmiddelen worden, hoe beter de kwaliteit ervan. Dit roept vragen op over de proportionaliteit van de opleidingsvereisten en over de impact van de hervorming op de continuïteit en nabijheid van zorg voor patiënten.

Bent u op de hoogte van het feit dat verschillende thuiszorgwinkels stoppen met de verkoop sinds de hervorming van de erkenningsvoorwaarden? Hebt u zicht op de impact hiervan op de geografische toegankelijkheid voor patiënten? Hoe beoordeelt u het gegeven dat zorgverleners die zich exclusief willen toeleggen op borstprothesen vandaag verplicht zijn de volledige opleiding te volgen om een RIZIV-erkenning te verkrijgen? Acht u deze vereiste proportioneel, gelet op de zeer specifieke aard van borstprothesen binnen het bredere aanbod van bandagisterie? Wordt er overwogen om te voorzien in een aparte erkenning of gerichte opleiding?

Ik denk dat mijn vragen duidelijk zijn en ik hoop dat de antwoorden dat eveneens zullen zijn.

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: De zorg voor vrouwen die een mastectomie hebben ondergaan verdient inderdaad bijzondere aandacht. Het is essentieel dat ze vlot toegang houden tot kwalitatieve en deskundige begeleiding bij de keuze en de verstrekking van borstprothesen.

Tot op heden hebben mijn diensten geen signalen ontvangen over problemen in het werkveld met betrekking tot de beschikbaarheid van borstprothesen, noch over de redenen waarom sommige thuiszorgwinkels zouden beslissen hun aanbod stop te zetten.

Het erkenningskader voor orthopedisch technologen in de bandagisterie en orthesiologie regelt enkel hun voorbehouden handelingen, zoals het bespreken, selecteren, verstrekken, passen, aanpassen en controleren van hulpmiddelen. Het regelt niet de commerciële verkoop van borstprothesen. Winkels zonder erkende orthopedisch technologen mogen deze technische handelingen niet uitvoeren en dienen zich te beperken tot te loutere verkoop.

Wat de proportionaliteit betreft moet de huidige opleidingsvereiste worden afgewogen tegen de noodzaak om kwaliteit, veiligheid en deskundigheid te garanderen voor alle technische verstrekkingen. Het wetgevend kader is ontworpen om deze kwaliteitsborging te versterken. Momenteel wordt dan ook geen afzonderlijke erkenning of gerichte opleiding specifiek voor borstprothesen overwogen. De impact van dit wetgevend kader zal verder worden opgevolgd in overleg met het werkveld en patiëntenverenigingen. Indien blijkt dat de toegankelijkheid in het gedrang komt, kunnen passende bijstellingen worden overwogen.

18.03 Irina De Knop (Anders.): Bedankt, mijnheer de minister.

We hebben het nu tenminste onder uw aandacht gebracht. Men heeft ons vanuit de sector wel gevonden. Aangezien u zegt dat u formeel niet op de hoogte bent, kan ik hen alleen maar aanraden om een afspraak te maken op uw kabinet om die problematiek verder te bespreken. Naar wat ik heb begrepen is dit immers toch een ernstige problematiek die verder moet worden onderzocht. Dank u wel.

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

De **voorzitter**: Vragen nr. 56015157C en nr. 56015158C van mevrouw Dedonder worden uitgesteld.

19 Samengevoegde vragen van

- **Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitbraak van meningitis in het buitenland en de paraatheid in België" (56014324C)**

- **Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Meningitis" (56014473C)**

19 Questions jointes de

- **Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le foyer de méningite à l'étranger et l'état de préparation en Belgique" (56014324C)**

- **Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La méningite" (56014473C)**

19.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, recent werd in het Verenigd Koninkrijk melding gemaakt van een uitbraak van meningitis, waarbij twee jonge mensen zijn overleden en honderden jongeren preventief antibiotica kregen toegediend.

Dat roept ook in België vragen op over de paraatheid en de preventie tegenover die potentieel ernstige aandoening.

Meningitis of hersenvliesontsteking kan afhankelijk van de oorzaak levensbedreigend zijn en ernstige complicaties met zich brengen. Hoewel de ziekte relatief zeldzaam is en vaccinatie een heel belangrijke rol speelt in de preventie, moeten we waakzaam blijven.

Mijnheer de minister, hebt u zicht op de recente uitbraak van meningitis in Engeland? Welke lessen moeten daaruit worden getrokken?

Wat is de huidige epidemiologische situatie in België?

Acht u het huidige vaccinatieschema tegen meningokokken in België voldoende om de bevolking adequaat te beschermen, of zijn aanpassingen nodig?

Kunt u toelichten hoe de samenwerking op dat vlak verloopt tussen het federale niveau en de gemeenschappen inzake preventie en aanpak van infectieziekten in het algemeen en van meningitis in het bijzonder?

In welke mate wordt federaal ingezet op sensibilisering rond de symptomen en het belang van een snelle diagnose en behandeling?

19.02 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Je ne rappellerai pas les propos superbement tenus à ma place par ma collègue, et qui concernaient effectivement la même problématique, à savoir l'épidémie de méningite au Royaume-Uni. J'étendrai plutôt ma question sur les recommandations de 2019 et 2023 émises par le Conseil Supérieur de la Santé à propos de la vaccination contre le méningocoque.

Vous savez que le pneumocoque est une bactérie qui occasionne aussi la méningite et que ces recommandations concernent aussi la couverture par le pneumocoque et préconisent notamment de la différer par des rappels durant l'adolescence. C'est quelque chose à quoi on tient, et je sais du reste que la vaccination est importante pour vous puisque je me suis permis de vous féliciter hier concernant cette décision d'étendre la vaccination contre le HPV jusqu'à l'âge de 30 ans pour les hommes et pour les femmes.

Je pense que vous devez vraiment poursuivre avec le même dynamisme, monsieur le ministre, et permettre que soit enfin mise en place une politique de vaccination contre la méningite ambitieuse puisque, comme je le dis souvent, nous sommes le deuxième pays producteur de vaccins au monde, mais en Europe, nous sommes l'un de ceux où l'on rembourse le moins bien les vaccins contre la méningite et le méningocoque ou le pneumocoque.

19.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw De Knop, mijnheer Gatelier, Sciensano heeft de uitbraak van meningokokken van serogroep B in de regio Kent op de voet gevolgd. Sinds eind maart zijn er geen nieuwe gevallen meer gedetecteerd. Op 31 maart waren er 21 bevestigde gevallen, waarvan helaas twee overlijdens. Op 18 maart heeft het ECDC via een persbericht bevestigd dat het risico voor andere Europese landen als zeer laag wordt ingeschat, vanwege de zeer lage kans op blootstelling en infectie. Het gaat om een ongebruikelijke epidemie, vooral wat het aantal gevallen betreft.

Wat de tweede vraag betreft, België voert een zeer goede surveillance uit voor meningokokken en de regionale aanbevelingen zijn duidelijk. Ze worden ook regelmatig bijgewerkt, met inbegrip van de aanpak van clusterandoeningen.

De gevallen van invasieve meningokokken-B-infecties zijn sinds 2003, het jaar waarin 166 gevallen werden vastgesteld, voortdurend afgenomen, met een minimum tijdens de COVID-19-pandemie van 15 gevallen. Tussen 2023 en 2025 werden respectievelijk 36, 30 en 44 gevallen van meningokokken-B-infecties vastgesteld.

Op uw derde vraag, invasieve meningokokkeninfecties zijn op regionaal niveau meldingsplichtig. De regio's zijn onder meer verantwoordelijk voor preventieve maatregelen bij de contacten van een geval. Op federaal niveau analyseert het Nationaal Referentiecentrum de stammen van meningokokken om de verschillende circulerende serogroepen te bepalen. Daarnaast houdt Sciensano de surveillance van meningokokken bij dankzij verschillende databanken. Dat alles maakt het mogelijk om indien nodig het preventiebeleid, waaronder de vaccinatie, aan te passen.

Wat de vierde vraag betreft, de betrokkenheid op federaal niveau is indirect, aangezien preventie hoofdzakelijk onder de bevoegdheid van de regio's valt. Bovendien blijft het aantal gevallen in België, zoals vermeld, laag en zijn artsen goed op de hoogte van de diagnose en behandeling van invasieve meningokokkeninfecties. Sciensano verspreidt, in samenwerking met de gewesten, wel berichten aan artsen in de vorm van een maandelijks *newsflash* over infectieziekten wanneer zich bijzondere epidemiologische situaties voordoen.

Ik kom tot het antwoord op de vijfde vraag.

Étant donné que l'épidémie au Royaume-Uni concerne le méningocoque b, je suppose, monsieur Gatelier, que vous faites référence à la vaccination contre celui-ci. Le Conseil Supérieur de la Santé maintient actuellement ses recommandations existantes concernant la vaccination contre le méningocoque b. Cette vaccination est conseillée, sur une base individuelle, pour certains groupes à risque comme les enfants de moins de 5 ans et les adolescents de 15 à 19 ans, les patients HIV ou ceux ayant subi une transplantation d'organe solide. Toutefois, cette vaccination n'est pas intégrée au programme vaccinal de base pour des raisons de santé publique, comme la faible incidence de la maladie en Belgique, le coût élevé du vaccin, l'absence d'immunité collective et des contraintes pratiques liées au schéma vaccinal chez les nourrissons.

19.04 Irina De Knop (Anders.): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Ik zal vaker afspreken met collega Gatelier om samen een vraag te stellen, want dan krijg ik wel cijfers. Ik denk dat dat een nuttige suggestie kan zijn om meer samen te werken.

Ik heb begrepen dat u vasthoudt aan het huidige vaccinatieschema vanwege de lage incidentie die er momenteel is, maar dat kan natuurlijk snel veranderen. We zullen die materie samen met u verder nauw opvolgen.

19.05 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci pour votre réponse, monsieur le ministre.

Nous suivons effectivement cela de très près. Ce n'est pas la première fois que je vous pose une question à propos de la méningite. Ici, nous parlons bien du sérotype du groupe b, mais je reviendrai vers vous concernant la recommandation pour le groupe c, où on demande vraiment d'adapter rapidement un rappel chez les adolescents, un peu plus tard, ce qui n'est pas le cas pour l'instant en Belgique.

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

20 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Cariës bij jongeren" (56014399C)

20 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les caries chez les jeunes" (56014399C)

20.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, uit recent onderzoek blijkt dat meer dan de helft van de jongeren tussen 15 en 24 jaar tekenen of gevolgen heeft van cariës. In een vijfde van de gevallen is er sprake van onbehandelde cariës. Een op de vijf heeft bloedend tandvlees en 10 % heeft tandpijn. Er is ook sprake van een te laag tandartsbezoek.

Het spijtige aan deze vaststellingen is, dat cariës en tandvleesproblemen te voorkomen zijn door een juiste poetstechniek en regelmatige controles bij de tandarts en/of de mondhygiënist. Bovendien zijn preventieve controles onder de 19 jaar zo goed als 'gratis' voor de patiënt.

Zeker mondhygiënist zouden in deze kwestie een grote rol kunnen spelen. Door regelmatige controles, poetsinstructies en voedingsadvies, kunnen zij bijdragen aan het gezond houden van een gebit, waardoor er minder ingrijpende behandelingen nodig zijn.

Ik heb hierover een aantal vragen aan u, mijnheer de minister.

Is er een plan om mondhygiënist beter in te zetten in het kader van preventieve tandzorg? Is er zicht op de huidige tewerkstelling van mondhygiënist en de mate waarin ze bijdragen tot een betere preventie?

Is het de bedoeling dat mondhygiënist een eigen nomenclatuur krijgen, zodat er ook een beter zicht komt op hun prestaties? Daarmee bedoel ik dan een meer uitgebreide nomenclatuur dan de huidige.

Op welke manier kunnen prestaties als poetsinstructies en voedingsadvies door mondhygiënist worden gehonoreerd in de nomenclatuur?

Weten we wat een ideale verhouding zou zijn tussen tandartsen en mondhygiënist?

Hebben we zicht op de evolutie van de mondgezondheid in België? Kunt u hierover meer toelichting geven?

Tot slot, is het de bedoeling om bij de hervorming van de tandheelkundige nomenclatuur meer in te zetten op handelingen die te maken hebben met preventie of met vroeg ingrijpen, zodat ernstige problemen, die meestal dure behandelingen vergen, zoveel mogelijk voorkomen kunnen worden?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De bestuursovereenkomst van het RIZIV voorziet in een actieplan ter verbetering van de mondgezondheid, opgebouwd rond drie pijlers: het versterken van de eerstelijnszorg, vooral via een betere integratie van mondhygiënist, het verbeteren van de toegankelijkheid van tandzorg en het verhogen van preventieve inspanningen.

Op basis van de beschikbare gegevens blijkt dat het gebruik van de nomenclatuur voor mondhygiënist sterk toegenomen is, met 577.000 gevallen in 2024. Dat is een stijging van 87,9 % tegenover 2023. Ze leveren dus een groeiende bijdrage aan de preventie.

De federale Planningscommissie-medisch aanbod brengt intussen de zorgbehoeften in kaart, daarbij ook rekening houdend met de rol van mondhygiënist in de totale tandzorgcapaciteit. De toekomstige federale quota voor tandartsen worden binnenkort bekendgemaakt.

Volgens het recente OHDRES-rapport 2023-2024 zijn er lichte verbeteringen in de mondgezondheid, maar blijft restauratieve zorg dominanter dan preventieve en minimaal invasieve benaderingen. De hervorming van de tandheelkundige nomenclatuur beoogt een betere vergoeding, een vereenvoudiging en een doelmatiger gebruik binnen het bestaande akkoordensysteem. Sinds de zesde staatshervorming zijn de gemeenschappen bevoegd voor preventie. Mondhygiënist kunnen hun preventieve taken binnen het regionale gezondheidsbeleid uitvoeren, zonder dat een federale preventienomenclatuur vereist is.

Mevrouw Gijbels, ik kan u een meer uitvoerig antwoord geven dan wat ik nu heb samengevat en dat ook een gedetailleerde tabel bevat. Ik kan u dat via het secretariaat laten bezorgen. Dan hebt u zicht op meer opgesplitste cijfers.

20.03 **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het is heel fijn dat we daarbij ook de cijfers kunnen krijgen.

Ik geloof rotsvast in de rol die mondhygiënist kunnen spelen. Zij zijn immers echte preventiespecialisten in de tandzorg. Zoals ik al zei, kunnen de meeste tandproblemen voorkomen worden. Het is dus jammer te horen dat er nog steeds meer restauratieve nomenclatuur dan preventieve wordt gebruikt. Het zou omgekeerd moeten zijn. In andere landen, zoals de Scandinavische landen, maar ook Nederland, zien we toch een omgekeerde evolutie.

Het is goed dat er meer gebruik wordt gemaakt van nomenclaturen door mondhygiënist, met een sterke stijging in de afgelopen jaren. Het is goed te horen dat ze goed worden ingezet, maar ik stel mij wel vragen bij de toegankelijkheid van mondhygiënist. Ik meen dat de tandartsen een brief hebben gekregen van de DGEK waarin wordt gewaarschuwd voor het gebruik door mondhygiënist van nomenclatuur op naam van de tandarts.

Mondhygiënist hebben vandaag slechts toegang tot een heel beperkt gedeelte van de nomenclatuur. Het gaat dan enkel om reiniging en om verzegeling van groeven in tanden, terwijl zij voor veel meer kunnen worden ingezet. Het is jammer dat de tandartsen nu op de vingers worden getikt voor het inzetten van die mondhygiënist. Net dat kan immers de drempel naar de tandarts verlagen en de wachttijden bij de tandarts verminderen. Ik wil u dus vragen om te bekijken op welke manier die uitgebreidere nomenclatuur voor mondhygiënist versneld kan worden ingevoerd, want ik denk echt dat dat een sleutel kan zijn in het toegankelijker maken van tandzorg.

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

21 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le transport non urgent de patients" (56014426C)

21 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het niet-dringende patiëntenvervoer" (56014426C)

21.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Madame la présidente, je me réfère au texte de ma question déposée.

Monsieur le ministre, début 2025, la CIM Santé a entamé une réflexion sur le transport non urgent de patients. Un Groupe de travail intercabinets a été relancé pour travailler sur les thématiques suivantes: "Quel modèle de financement pour que le coût du transport ne soit pas principalement à charge du citoyen; Adaptation de la liste des actes de la profession paramédicale ATNU; Organisation des transports médicalisés ; Révision du protocole d'accord sur les ambulances intermédiaires"

Lors des débats au sujet de votre NPG, vous avez répondu que "Un avis a été demandé en décembre 2024 au Conseil fédéral des professions paramédicales concernant les ambulanciers. Les groupes professionnels concernés ont été associés. L'élargissement des actes que les ambulanciers de transport non urgent peuvent effectuer portera sur la mesure des paramètres, la gestion des voies respiratoires, l'aspiration et l'accompagnement de patients nécessitant une surveillance permanente. Il convient encore de déterminer les exigences en matière de formation, car l'avis du Conseil fédéral ne les précisait pas."

Monsieur le ministre,

Pourriez-vous nous éclairer sur le travail déjà réalisé par le GT? Quand peut-on espérer les premières conclusions de ce GT?

Dans quel délai peut-on espérer un élargissement effectif des actes que les ambulanciers de transport non urgent peuvent effectuer?

Quelles sont les démarches nécessaires pour déterminer les exigences en matière de formation?

Attendez-vous un nouvel avis du Conseil fédéral des professions paramédicales à ce sujet?

Je vous remercie pour vos réponses.

21.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Les entités fédérées, monsieur Gatelier, comme vous le savez sans doute, sont compétentes pour le transport non urgent de patients. Selon mes dernières informations, lors de la préparation de la CIM du 20 janvier 2025, la DG PMR a été chargée de consulter les administrations des entités fédérées sur les transports non urgents et intermédiaires. Cette démarche visait à identifier les difficultés liées à la prise en charge des coûts pour les patients et à proposer des améliorations. En parallèle, la Région wallonne a sollicité, au sein de la plateforme intra-administrative de février 2025, la création d'un groupe de travail sur le financement du transport non urgent.

Cette intention a été réaffirmée en février 2026. Les travaux du groupe interfédéral n'ont toutefois pas encore débuté. De premiers résultats sont attendus avant l'été.

Les ambulanciers des transports non urgents pourront réaliser la prise de paramètres non invasifs, la gestion des voies respiratoires avec ballons de réanimation et O₂ en cas d'arrêt cardio-respiratoire, l'aspiration dans la cavité buccale uniquement, ainsi que l'accompagnement de patients à profil psychiatrique et ceux avec voies veineuses périphériques perfusant un liquide clair nécessitant une surveillance permanente. Ces actes peuvent être autorisés, soit sans formation supplémentaire, soit avec un module ajouté à la formation de base, ce qui relève d'une compétence communautaire. L'élargissement de ces actes est un dossier prioritaire en 2026.

21.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre.

Il y avait encore une troisième question, mais qui était écrite. Quelles sont les démarches nécessaires pour déterminer les exigences en matière de formation? Attendez-vous un nouvel avis du Conseil fédéral des professions paramédicales à ce sujet?

21.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Oui, pour une raison ou une autre, je n'ai pas de réponse à cette question. Je ne suis pas certain de savoir où on en est au niveau des avis, à vrai dire. Je ne sais pas.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

22 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le caisson hyperbare du CHU de Charleroi" (56014428C)

22 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hyperbare kamer van het CHU te Charleroi" (56014428C)

22.01 Frank Vandenbroucke, ministre: C'est la même question!

22.02 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, effectivement, vous avez déjà répondu et on aurait pu joindre ma question à celle de mon collègue. Je voudrais, toutefois, être certain d'avoir bien compris. Vous savez qu'on parle souvent, ici, de ce caisson hyperbare. Je ne suis pas le seul à en parler. C'est donc important pour nous. Je voudrais que vous puissiez confirmer votre réponse. Vous dites n'avoir jamais été interpellé concernant cette situation de sous-financement du caisson hyperbare de Charleroi à l'hôpital Vésale par les instances de l'hôpital.

22.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Je peux même dire que c'est nous qui avons pris contact avec l'hôpital.

Une note nous a été promise mais nous ne l'avons toujours pas reçue à ce jour.

22.04 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Vous avez donc pris contact avec l'hôpital, je vous en remercie, et vous attendez donc toujours une note de l'hôpital. Je ne manquerai pas de relayer votre attente. Par ailleurs, j'insiste toujours pour que, dans la réforme de la nomenclature, ce soit aussi une des possibilités de pistes de financement de cette nomenclature, qui doit absolument être revue à la hausse pour pouvoir garder cet outil important de proximité pour la Région Wallonne. Comme vous le savez, c'est le seul en Wallonie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vragen nrs. 56015159C, 56015160C, 56015161C, 56015162C, 56015163C en 56015164C van mevrouw Dedonder worden op haar verzoek uitgesteld.

23 Samengevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De conventioneringsgraad van artsen en tandartsen" (56014498C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De quota voor artsen en tandartsen" (56014906C)

23 Questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le taux de conventionnement des médecins et dentistes" (56014498C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les quotas de médecins et de dentistes" (56014906C)

23.01 Irina De Knop (Anders.): In de pers werd breed gecommuniceerd over de conventioneringsgraad van artsen, meer bepaald 85,72 %. Dat is een goed resultaat, maar er gaan heel wat verschillen achter schuil. Dat bleek ook gisteren tijdens de bespreking van de kaderwet.

Er is een belangrijk verschil in de conventioneringsgraad tussen de arrondissementen en verschillende deelstaten en tussen disciplines. In Wallonië en Brussel is de conventioneringsgraad klassiek hoger dan in Vlaanderen. Specialismen met hoge conventioneringsgraden zijn huisartsen, geriaters en psychiaters. Bij plastische chirurgie en dermatovenerologie wordt de conventiegraad van 60 % verre van gehaald. Dat zijn vooral disciplines met een sterke extramurale aanwezigheid. Opvallend, in vele arrondissementen werd ook bij röntgendiagnose de conventiegraad van 60 % niet gehaald. Bij de tandartsen zien we dat de conventiegraad gehaald werd dankzij de hoge conventiegraad in Brussel en Wallonië, want in Vlaanderen bedroeg die slechts 51 %.

Wat is uw conclusie over de verschillen in conventioneringsgraad tussen de deelstaten en de arrondissementen?

Rekening houdend met het feit dat vooral specialiteiten die extramuraal actief zijn de conventioneringsgraad niet halen, wat is uw beleidsvisie ten aanzien van extramurale praktijken?

De conventioneringsgraad geeft duidelijk aan welke disciplines ondergefinancierd worden, zoals bijvoorbeeld dermatologie. Zult u daar extra inspanningen doen of zult u enkel via de richttarieven op deze disciplines inzetten?

Bij tandartsen werd de conventioneringsgraad, zoals ik daarnet zei, in Vlaanderen niet gehaald, terwijl die ruim gehaald werd in Brussel en in Wallonië. Tandartsen zeggen ons dat ze met de huidige tarieven geen state of the art tandzorg kunnen leveren zonder supplementen te vragen. Mevrouw Gijbels kan dat ongetwijfeld bevestigen. Hoe verklaart u dan echter die ruime conventioneringsgraad in Brussel en Wallonië? Hebben ze daar misschien een achterpoortje gevonden?

23.02 Minister Frank Vandenbroucke: Er zijn verschillen tussen de deelstaten en, zoals u terecht opmerkt, ook tussen de arrondissementen. Het is echter toch niet zo simpel om daar een lijn in te trekken. Zo ligt het conventiepercentage voor huisartsen in Vlaanderen hoger dan in de twee andere gewesten en voor de specialisten is dat andersom. Ook voor tandartsen zijn er verschillen, maar die zijn er evenzeer binnen het Vlaamse Gewest.

Er zijn arrondissementen met beduidend hogere conventiecijfers dan gemiddeld. Ik geef een voorbeeld. In het arrondissement Diksmuide is 81,82 % van de tandartsen geconventioneerd. In de provincie Luik is het conventiecijfer 81,57 % bij de tandartsen. Die regionale verschillen zijn dus niet totaal eenduidig. Het is alleszins simplistisch om te zeggen dat de huidige tarieven geen state of the art zorg kunnen toelaten zonder dat men supplementen vraagt.

Uw laatste vraag is interessant, want ik heb u eigenlijk afgelopen dinsdag bij de bespreking van de kaderwet precies dezelfde vraag gesteld, namelijk hoe het mogelijk is dat men in het ene ziekenhuis veel supplementen vraagt en in het andere ziekenhuis niet, of dat men in het ene ziekenhuis of bij de ene specialist hoort dat die supplementen absoluut nodig zijn en bij anderen helemaal niet. Ik ben blij dat u, als ik uw vraag hier goed lees, met mij concludeert dat het al dan niet vragen van supplementen toch niet louter en alleen kan worden verklaard door de hoogte van de honoraria.

Ik wil er in die context ook aan herinneren dat er de afgelopen jaren zeer sterk geïnvesteerd is in tandzorg. De RIZIV-terugbetalingen, zonder remgeld dus, in deze sector stegen van 1,1 miljard in 2021 naar iets meer dan 1,7 miljard vandaag.

23.03 Irina De Knop (Anders.): Ik begrijp dat we niet één conclusie kunnen trekken voor alle beroepsgroepen. Ik denk inderdaad dat dat per specialisme verschillend zal zijn. Maar bij de dermatologen bijvoorbeeld halen we de conventioneringsgraad niet. Daar is dus wel degelijk een issue.

Ik heb inzage gekregen in wat hun wettelijk honorarium is. Het is duidelijk dat dat niet lukt, ook gelet op de investeringen die zij moeten doen. Het is voor mij ook duidelijk dat extramurale praktijken andere uitdagingen hebben dan praktijken binnen de ziekenhuizen. Ik veronderstel dat de deeltijdse conventie voor een aantal individuele artsen – bijvoorbeeld in Diksmuide – betekent dat zij gedeeltelijk

geconventioneerd zijn en gedeeltelijk niet.

Voor mij is er één duidelijke conclusie, mijnheer de minister. Er moet systematisch onderzoek gebeuren. We mogen niet te snel concluderen dat de supplementen overdreven zijn. We moeten nagaan vanwaar die verschillen komen.

Met deze vraag heb ik vooral willen aantonen – en ik denk dat u dat begrijpt – dat het te kort door de bocht is om artsen die niet conventioneren op allerlei manieren te bestraffen. Dat doet u nu al, onder meer via richttarieven en via de verdere uitwerking van uw kaderwet en de maatregelen die daaruit voortvloeien, zonder dat de nomenclatuur op orde is. Dat is de filosofie van mijn vraag en tegelijk een uitnodiging aan u en uw diensten om dit grondig te onderzoeken.

U hebt volgens mij niet geantwoord op mijn tweede vraag, namelijk wat uw beleidsvisie is ten aanzien van extramurale praktijken?

23.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Die visie vindt u, kort samengevat, in het regeerakkoord. Extramurale praktijken hebben een rol te spelen en moeten voldoen aan dezelfde kwaliteits- en veiligheidsvoorwaarden als intramurale zorg in ziekenhuizen. Daar werken we ook aan.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

24 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales" (56014471C)

24 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De bestrijding van gynaecologisch en obstetrisch geweld" (56014471C)

24.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, un groupe de travail interfédéral, dont les conclusions ont été formalisées par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, a récemment remis un avis très clair visant à renforcer la prévention et la lutte contre les violences gynécologiques et obstétricales dans notre pays.

Ce travail est le fruit d'une coopération interfédérale entre institutions et associations de professionnels et de patientes. Il marque surtout une étape importante puisqu'il consacre une reconnaissance institutionnelle d'un phénomène qui a été longtemps invisibilisé et appelle explicitement les autorités à élaborer une politique coordonnée à ce sujet.

Monsieur le ministre, face à des pratiques qui sont contraires à la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, l'enjeu n'est plus, nous semble-t-il, d'objectiver le phénomène, mais bien d'assurer enfin le respect effectif des droits fondamentaux des patientes. Dans ce contexte, il apparaît aujourd'hui essentiel de passer du diagnostic à l'action afin que ce travail s'inscrive dans une approche globale, articulée autour de la prévention, de la protection, des poursuites et de politiques coordonnées.

Monsieur le ministre, comment le gouvernement fédéral entend-il traduire ces recommandations en une stratégie opérationnelle en matière de santé publique? Une feuille de route ou un plan d'action spécifique est-il en préparation au niveau fédéral, en articulation avec les entités fédérées?

Quelles mesures allez-vous prendre pour prévenir ces violences dans les pratiques de soins, notamment en matière de formation, de consentement éclairé et de respect des droits des patientes?

24.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je tiens tout d'abord à saluer la coopération interfédérale qui a permis l'élaboration de ces recommandations, fruit d'un travail conjoint entre institutions publiques, professionnels de terrain et associations de patientes. Cette dynamique constitue une étape essentielle dans la reconnaissance des violences gynécologiques et obstétricales.

Les recommandations du groupe de travail interfédéral sur les violences obstétricales et gynécologiques m'ont été communiquées très récemment par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Celui-ci prévoit de venir les présenter plus en détail dans les prochaines semaines, ce qui

permettra d'en examiner pleinement la portée avant d'envisager la suite à leur donner.

Par ailleurs, le nouveau Plan d'action national de lutte contre la violence basée sur le genre, pour la période 2026-2030, est actuellement en cours d'élaboration et de discussion. La violence en obstétrique et en gynécologie pourrait être abordée dans un ou plusieurs points de ce plan.

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

Certes, j'avais envie de relayer les résultats de ce groupe de travail rapidement, mais je comprends évidemment que vous ayez besoin d'un peu de temps, à la fois pour étudier les recommandations formulées et pour rencontrer les membres de ce groupe.

Je m'en réjouis. Si ces recommandations peuvent être intégrées dans le Plan d'action national contre les violences basées sur le genre, c'est évidemment encore mieux. En effet, cela signifie que non seulement ces violences seront reconnues, mais aussi qu'elles feront partie intégrante des mesures que le gouvernement veut prendre en la matière. Je suivrai l'évolution de ce dossier avec attention, tout en me réjouissant, d'ores et déjà, de votre implication, monsieur le ministre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

25 **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De grote verschillen in conventioneringspercentages tussen medische disciplines" (56014500C)**

25 **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les écarts importants entre les taux de conventionnement par discipline médicale" (56014500C)**

25.01 **Irina De Knop** (Anders.): Mijnheer de minister, hoe verklaart u de grote verschillen in conventiepercentages tussen huisartsen en bepaalde specialistische disciplines? U hebt dat daarnet al kort aangeraakt.

In welke mate houdt uw beleid rekening met de specifieke context van extramurale praktijken, waar artsen geconfronteerd worden met andere kostenstructuren dan in ziekenhuizen? Ik sluit daarbij aan bij uw eerdere opmerking: in het regeerakkoord staat dat zij aan dezelfde kwaliteitsvoorwaarden moeten voldoen, maar zij hebben ook andere kosten.

Acht u het risico reëel dat de toegankelijkheid van zorg onder druk komt te staan in disciplines met lage conventiepercentages? Hoe evalueert u de impact van geplande maatregelen, zoals beperkingen op ereloonsupplementen, op de leefbaarheid van extramurale praktijken?

Welke maatregelen overweegt u om te vermijden dat artsen afhaken van de conventie en om de toegankelijkheid van zorg voor patiënten te garanderen?

Deelt u onze bezorgdheid dat een eenzijdige benadering van het conventiebeleid kan leiden tot meer frustratie bij zorgverleners, zonder dat dit de toegankelijkheid effectief verbetert?

25.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: U koppelt verschillende problematieken in één vraag. Dat is op zich niet verkeerd, maar ik wil dat toch even onderlijnen.

Een eerste vraag betreft hoe we omgaan met de ontwikkeling van extramurale activiteiten door artsen-specialisten. Men spreekt soms van villageneeskunde of gebruikt de term privéklinieken. Zoals ik daarnet al aangaf, bevat het regeerakkoord een belangrijk uitgangspunt: die ontwikkeling bestaat en extramurale praktijken moeten aan dezelfde hoge standaarden van veiligheid en kwaliteit voldoen als activiteiten in ziekenhuizen. In het regeerakkoord wordt ook opgemerkt dat extramurale praktijken voor artsen-specialisten aantrekkelijk kunnen zijn omdat zij zich op die manier deels kunnen onttrekken aan wachtdiensten in ziekenhuizen en aan de solidariteit die inherent is aan een ziekenhuiswerking, waar 24/7 opvang moet worden gegarandeerd aan patiënten. Dat is een belangrijk aandachtspunt. We kunnen onze ziekenhuizen niet laten leeglopen omdat werken in een ziekenhuis ook inhoudt dat men bijvoorbeeld 's nachts van wacht is. Daar werken we dus aan. Dat onderdeel van het regeerakkoord

moet nog verder worden uitgewerkt.

Een andere vraag betreft de ereloonsupplementen in de ambulante praktijk. Dat gaat niet alleen over privéklinieken of extramurale praktijken van specialisten die enigszins op een privékliniek lijken. De ambulante praktijk is uiteraard veel breder.

Ik ben er eerlijk gezegd niet van overtuigd dat ereloonsupplementen het gevolg zijn van het feit dat men te weinig verdient. Dat lijkt mij een te eenvoudige verklaring. Laat ons afwachten wat de hervorming van de nomenclatuur oplevert in termen van het rechtzetten van de verhoudingen binnen de artsengroep, dus wat de enen als vergoeding krijgen en wat de anderen als vergoeding krijgen, en welke impact ze heeft op de inkomensvoorwaarden van de verschillende disciplines.

Parallel hoop ik dat de ziekenfondsen en de artsenorganisaties, zoals die van tandartsen en kinesitherapeuten, tot een goed akkoord komen over een desnoods fijnmazige differentiatie van plafonds voor ereloonsupplementen. Ik wacht dat af en wil daar niet op vooruitlopen.

Ik vind het wel opmerkelijk dat u spreekt over een eenzijdige benadering van de conventies. Conventies worden onderhandeld tussen vertegenwoordigers van de beroepsgroepen – artsen, tandartsen, kinesitherapeuten – en de verzekeringsinstellingen. Ze worden dus onderhandeld door hun eigen vertegenwoordigers. Hoe kan men dan stellen dat ze eenzijdig zijn? Dat vind ik moeilijk te volgen.

25.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, om op uw laatste opmerking in te gaan, wij hebben het over uw eenzijdige benadering met betrekking tot de kaderwet, waarbij u artsen wilt aanzetten of verplichten om toe te treden tot de conventie. Dat bedoelen wij met het conventiebeleid. Dat is iets anders dan de overeenkomsten die binnen de beroepsgroepen zelf worden onderhandeld. Wij maken dus een andere analyse dan u.

Ik begrijp uw punt dat artsen ervoor kiezen om op bepaalde momenten beschikbaar te zijn in hun privépraktijk en dat dit een impact kan hebben op de ziekenhuiswerking. Tegelijk stellen we vast dat in de praktijk het overgrote deel van de artsen daar op een zeer verantwoordelijke en gedisciplineerde manier mee omgaat.

Als ik het voorbeeld neem van mijn eigen gynaecologe, die ook een diensthoofd is in een ziekenhuis: zij houdt één dag per week consultaties in haar privépraktijk. En ja, daar kan men sneller terecht, en als patiënt ben ik bereid daarvoor te betalen. Is dat problematisch? Ik denk van niet.

Ik ben van mening dat dit net kan bijdragen aan een grotere toegankelijkheid van de zorg. Doordat ik een consultatie opneem in de privépraktijk, heeft zij meer tijd en ruimte om in het ziekenhuis patiënten te zien die daar mogelijk dringender nood aan hebben. Beide systemen kunnen dus perfect naast elkaar bestaan, op voorwaarde dat artsen en specialisten daar op een zorgvuldige en verantwoorde manier mee omgaan. En dat is in de meeste gevallen ook zo. Ook in alle universitaire ziekenhuizen zijn alle artsen geconventioneerd, dus daar ligt het probleem niet.

Het grote probleem blijft dat u een strijd voert tegen extramurale praktijken en op die manier net de toegankelijkheid van de zorg ondermijnt en het probleem dreigt te verergeren. Daarmee willen wij niet zeggen dat er geen grenzen moeten worden gesteld aan wat er kan worden aangerekend. Dat lijkt mij legitiem. Maar doe dat in samenhang met de hervorming van de nomenclatuur. Dat hebben wij al herhaaldelijk aangegeven.

Ik verzin dat niet zelf. Ik heb al verwezen naar professor Staf Henderickx, een zeer verstandig man, die daar ook een boek over heeft geschreven en die dat standpunt onderschrijft: het beleid dat u voert, dreigt het tegenovergestelde effect te hebben van wat u beoogt.

Waar u bovendien niet op antwoordt, is de problematiek van de supplementen bij eenpersoonsskamers in ziekenhuizen. Dat is de geldkraan van de ziekenhuizen en daar wordt helemaal niet aan geraakt.

25.04 Minister Frank Vandenbroucke: Maar dat klopt toch helemaal niet! Heel de discussie over de supplementen heeft ook betrekking op de supplementen bij eenpersoonsskamers. Het gaat over beide, en we vragen voor beide een beperking.

25.05 Irina De Knop (Anders.): Ik neem daar nota van, want dat is zeer relevant voor de ziekenhuizen. Het gaat in totaal om ongeveer 600 miljoen euro.

Mijnheer de minister, we moeten er wel over waken dat onze ziekenhuizen leefbaar blijven. Ik spreek zelfs niet over rendabel ...

25.06 Minister Frank Vandenbroucke: Er zijn ziekenhuizen waar nauwelijks supplementen worden aangerekend en die perfect leefbaar zijn, en anderzijds zijn er ziekenhuizen die diepe putten hebben terwijl ze veel supplementen vragen. Dat argument is dus volstrekt niet overtuigend.

Ziekenhuizen slagen er vandaag volstrekt niet in om duidelijk te maken waarom supplementen in het ene ziekenhuis noodzakelijk zijn en in het andere niet.

25.07 Irina De Knop (Anders.): Er spelen nochtans veel bijkomende factoren die daar een impact op hebben: investeringen in infrastructuur, innovatie en kwaliteit. Universitaire ziekenhuizen worden anders gefinancierd dan algemene ziekenhuizen. We hebben daarnet nog gesproken over Ciney, de meer landelijke ziekenhuizen.

Mijnheer de minister, het is zoveel complexer dan wat u ideologisch wilt laten uitschijnen.

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

26 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De centralisatie van de wetenschappelijke vzw's" (56014530C)

26 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La centralisation des associations scientifiques à but non lucratif" (56014530C)

26.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, binnen het federale gezondheidslandschap zijn er verschillende vzw's actief met een wetenschappelijke opdracht, zoals Evikey en Nubel. Die organisaties hebben als doel artsen en paramedici te ondersteunen met wetenschappelijke analyses en richtlijnen die in de praktijk toepasbaar zijn.

In het kader van de lopende efficiëntieoefening werd beslist om in de loop van 2026 alle activiteiten van het Evikeynetwerk stapsgewijs te integreren in het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). Tegelijk wordt ingezet op een versterkte samenwerking tussen het Kenniscentrum, Sciensano en de Hoge Gezondheidsraad. Andere vzw's met een complementaire wetenschappelijke opdracht, zoals Nubel, blijven daarnaast echter functioneren. Daarover heb ik een aantal vragen.

Hoe evalueert u de huidige versnippering van die wetenschappelijke vzw-structuren binnen het federale gezondheidslandschap in het licht van de lopende efficiëntieoefening? Wordt overwogen om ook andere vzw's met een complementaire opdracht, zoals Nubel, te integreren in een gecentraliseerd model onder aansturing van het Kenniscentrum?

Hoe wordt momenteel het toezicht georganiseerd op de financiële werking en de boekhouding van vzw's met een wetenschappelijke opdracht die rechtstreeks of onrechtstreeks door de federale overheid worden ondersteund? Bestaan er uniforme controle- en auditmechanismen voor die organisaties? Zo ja, welke zijn dat? Zo niet, overweegt u om die in te voeren, te versterken of te harmoniseren?

Op welke manier wordt gewaarborgd dat publieke middelen die via dergelijke structuren worden ingezet, maximaal efficiënt en transparant worden aangewend?

26.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Gijbels, zoals u aanhaalt, werd reeds beslist om verschillende vzw's uit het Evikeynetwerk stapsgewijs te integreren binnen het KCE met het oog op grotere efficiëntie, grotere zichtbaarheid en een meer tastbare impact op het terrein. Die werkzaamheden zijn volop aan de gang en doen geen afbreuk aan de grote verdiensten van het Evikeynetwerk tot op vandaag.

Verder worden gesprekken gevoerd met het KCE, Sciensano en de Hoge Gezondheidsraad over de versterking van hun functies en hun onderlinge samenwerking, in overeenstemming met de ambitie om te evolueren naar een meer geïntegreerd model van beleidsadvies. Die aanpak kadert in het regeerakkoord, waarin staat dat de integratie van die drie kennisinstellingen in één geheel, binnen het huidige budgettaire kader, wordt onderzocht via een gefaseerd traject. Dat moet bijdragen tot een sterkere en beter afgestemde beleidsondersteuning, met blijvende aandacht voor de wetenschappelijke onafhankelijkheid en met een duidelijke focus op *science for policy*.

Inzake toezicht bestaan er momenteel geen volledig uniforme controle- en auditmechanismen voor het geheel van de wetenschappelijke organisaties. In de lopende trajecten om de wetenschappelijke instellingen te versterken, vormt dat dan ook een aandachtspunt, met het oog op de verdere versterking en harmonisering en op een efficiënt en transparant gebruik van publieke middelen, die via dergelijke structuren worden ingezet.

Met betrekking tot de bredere versnippering en de mogelijke integratie van nog andere vzw's met een wetenschappelijke opdracht, zoals Nubel, kan ik meegeven dat dergelijke mogelijke centralisatieoefeningen zorgvuldig en gefaseerd dienen te gebeuren. Gezien de vele lopende werkzaamheden, en in het bijzonder in de integratie van Evikey binnen het KCE, ligt daar momenteel wel de prioriteit.

26.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel voor uw antwoord, mijnheer de minister.

Wij zijn grote voorstander van een wetenschappelijk onderbouwd beleid en hebben al vaker gevraagd om wat meer overzicht te brengen in dat landschap van verschillende wetenschappelijke instellingen die beleidsondersteunend werken, en ook om te zorgen voor een goede toegankelijkheid en leesbare websites voor elke burger, zodat hij daar informatie kan vinden en erop kan rekenen dat dat betrouwbare informatie is.

Ik hoor dat het auditeren van of het toezicht houden op de correcte aanwending van publieke middelen een aandachtspunt is. Het is essentieel dat we ervoor zorgen dat de publieke middelen op de best mogelijke manier worden geïnvesteerd voor onze gezondheidszorg, dus dat zullen we zeker mee in de gaten houden.

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

27 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De 90 %-verplichting voor identiteitsinlezing door thuisverpleegkundigen (sancties, ondersteuning)" (56014532C)

27 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'obligation pour les infirmières à domicile de contrôler l'identité des patients (sanctions, aide)" (56014532C)

27.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, eerst en vooral wil ik mijn respect uitdrukken voor het feit dat u een hele namiddag vragen beantwoordt. Voor ons is het wel fijn dat die vragen geconcentreerd worden.

In de Overeenkomstencommissie wordt besproken om thuisverpleegkundigen vanaf 2027 te verplichten om bij minstens 90 % van hun dagelijkse patiëntencontacten de identiteitskaart in te lezen. Indien zij die drempel niet halen, zouden zij het risico lopen om die dag niet voor hun prestaties vergoed te worden.

Hoewel fraudebestrijding voor ons ook belangrijk is, worden vanuit het werkveld vragen gesteld over de haalbaarheid en de proportionaliteit. Thuisverpleegkundigen komen immers dagelijks in situaties waarop zij geen vat hebben, zoals patiënten die hun identiteitskaart kwijt zijn, buitenlandse patiënten met niet-compatibele documenten of kinderen die nog geen identiteitskaart hebben. In dergelijke gevallen dreigt de zorgverlener gesanctioneerd te worden om redenen buiten zijn of haar controle en wil. Daarnaast wordt gewezen op bijkomende administratieve lasten, terwijl de bestaande softwarepremie zeer beperkt is en niet geïndexeerd wordt.

Mijnheer de minister, klopt het dat die 90 %-verplichting wordt ingevoerd? Wat is de precieze doelstelling ervan? In welke sanctiemechanismen wordt voorzien als die drempel niet wordt gehaald? Klopt het dat prestaties dan niet worden vergoed? Is bij het bepalen van die 90 %-drempel ook rekening gehouden met concrete situaties uit de praktijk, zoals ik daarnet beschreef?

Hoe zult u vermijden dat thuisverpleegkundigen worden gesanctioneerd wegens omstandigheden buiten hun wil? Acht u het proportioneel dat zij financieel worden gesanctioneerd? Hoe kan men de privacy van patiënten waarborgen? Wat is de juridische basis? Bent u bereid om het softwareprogramma te herzien, gelet op de bijkomende verplichtingen?

Tot slot heeft de sector mij erop gewezen dat het aantal controles door de ziekenfondsen op wat thuisverpleegkundigen doen sterk is opgevoerd en dat men soms zeer driest te werk gaat. Dit komt er nu nog bovenop, heb ik begrepen.

27.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, dit zijn relevante vragen omdat ze passen binnen het actieplan Handhaving 2026-2030, waarover we het daarnet ook al even hadden.

Ten eerste, het klopt dat een betaalvoorwaarde zal worden ingevoerd, waarbij de thuisverpleegkundige in ten minste 90 % van de verstrekkingen van een facturatiebestand de identiteit van de rechthebbende moet verifiëren door de elektronische lezing van zijn eID of isi+-kaart. Het doel van de maatregel bestaat erin fraude te voorkomen. Dit sluit gewoon aan bij de verplichting die sinds 2017 in de sector geldt om bij de opname van de patiënt gebruik te maken van zijn eID. Het enige verschil is dat deze verplichting nu wordt gekoppeld aan de verzekeraarbaarheid van de prestatie, tien jaar nadat mevrouw De Block die verplichting principieel heeft ingevoerd.

Ten tweede, indien een facturatiebestand vanaf januari 2027 voor niet ten minste 90 % van de verstrekkingen het bewijs bevat dat de eID of isi+-kaart van de rechthebbende werd gelezen, zal het volledige facturatiebestand van die maand worden verworpen door de verzekeringsinstelling.

Ten derde, om de situaties op te vangen waarin de thuisverpleegkundige uitzonderlijk geen identiteitsmiddel elektronisch kan inlezen, bestaat precies die marge van 10 % die we tolereren voor de niet-elektronische lezing per facturatiebestand.

Ten vierde, het verworpen facturatiebestand kan opnieuw ingediend worden na weglating van het aantal verstrekkingen zonder die lezing, zodat men binnen het maximum van de niet-elektronische lezing blijft. Dat is toch wel belangrijk. Men kan dus een soort correctie doen, maar dan verliest men wel een aantal van die niet door elektronische inlezing bevestigde prestaties. Persoonlijk denk ik, zeker als u dat laatste meeneemt, dat het niet alleen nodig, maar ook proportioneel is om die maatregel die 10 jaar bestaat effectief te handhaven als een drempel tegen fraude.

Ten vijfde, de privacy van de rechthebbende is beschermd doordat de geregistreerde gegevens via het beveiligde platform MyCareNet naar de verzekeringsinstelling worden verstuurd. De gecoördineerde wet van 14 juli 1994 over de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging zal dus worden gewijzigd om dat allemaal op een goede manier mogelijk te maken.

Ten zesde, daar thuisverpleegkundigen al sinds 2017 verplicht zijn de identiteit van de patiënt elektronisch te verifiëren, vraag ik me af of men nu de informaticapremie moet herzien. Die verplichting bestaat haast tien jaar. Het is echter aan de Overeenkomstencommissie om de criteria voor de informaticapremie te bespreken en via het overlegmodel vast te leggen. Indien die commissie binnen haar partiële begrotingsdoelstellingen prioriteit wil geven aan het herbekijken ervan, zal ik daar niet tegen zijn, voor alle duidelijkheid.

Ten zevende, de sector van de thuisverpleegkunde wordt betrokken bij het uitwerken van deze maatregel. Die maatregel wordt nu besproken in de Overeenkomstencommissie tussen de administratie, de vertegenwoordigers van de beroepsgroep en de verzekeringsinstellingen.

U maakte ook een observatie over de mutualiteiten. Ik noteer wat u zegt, maar ik weet het eerlijk gezegd niet. Ik kan er niet op reageren. Ik weet het gewoon niet.

27.03 **Irina De Knop** (Anders.): Dank u wel voor uw antwoord.

Eerst en vooral, we weten dat mevrouw De Block het ingevoerd heeft. Op zich onderschrijven we zeker en vast dat het kan helpen om fraude te voorkomen en ervoor te zorgen dat de prestaties correct worden aangerekend. Dat gaat een beetje samen met het derde-betalerssysteem: de patiënten moeten tegenwoordig zelf geen remgeld meer betalen bij die prestaties. Alles gebeurt via het derde-betalerssysteem. De patiënten hebben echter vaak geen zicht op wat de thuisverpleegkundigen daadwerkelijk aanrekenen.

Mocht ik mogen kiezen, dan zou ik meer daarop inzetten. Ten eerste, ervoor zorgen dat de mensen wel nog remgeld betalen, zodat ze zich bewust zijn van wat het allemaal kost. Ten tweede, ervoor zorgen dat de patiënt elke keer zijn akkoord moet geven voor de prestatie die verricht is.

Maar goed, de maatregel is wat hij is. Wat ik betreurt, is dat u zegt dat als 90 % niet wordt behaald, het geheel van de prestaties verworpen wordt. Ik meen dat dit met name voor zelfstandige verpleegkundigen die daarmee geconfronteerd zouden worden nadat ze een fout gemaakt hebben een hele grote impact heeft. Dat betekent dat ze een hele maand eigenlijk niet betaald krijgen. Ik meen dat u zich echt moet realiseren over welke groepen we spreken. Dat zijn niet altijd de mensen die daar een financiële rugzak voor hebben. Het gevolg kan zijn dat de gewone thuisverpleegkundige uit de markt geconcurrereerd wordt en dat enkel de grote groepen voor thuiszorgdiensten overblijven.

Opnieuw, met het oog op de toegankelijkheid van de zorg en gelet op het feit dat er een sterke vergrijzing is bij zorgverleners en bij de bevolking, hebben we alle handen aan het bed nodig. Ik zou persoonlijk dus niet zo streng zijn en niet het geheel van de prestaties verwerpen.

Daarnaast zou ik ook opteren voor een meer graduele invoering. Ik kan op zich best begrijpen dat u zegt dat 90 % moet worden gehaald, maar misschien niet van dag één. Geef de mensen de tijd om daar ook mee om te gaan. Dan kunt u zelf ook evalueren hoe makkelijk of hoe moeilijk het is en wat die 10 % precies vertegenwoordigt.

Het allerbelangrijkste lijkt me echter te zijn dat u niet meteen het geheel van de prestaties van mensen verwerpt. Ik heb wel begrepen dat u zegt dat men dat nadien opnieuw kan indienen, maar als zelfstandige moet men dat wel iedere keer voorfinancieren. Dat is precies wat ondernemers zo moeilijk vinden in hun dagelijkse werk.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

[28] Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les disparités dans la prise en charge des AVC et l'absence de cadre national de coordination" (56014542C)

[28] Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verschillen in beroertezorg en het ontbreken van een nationaal coördinatiekader" (56014542C)

[28.01] Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, le récent audit mené par l'INAMI et le SPF Santé publique sur la prise en charge des AVC ischémiques révèle des progrès encourageants, mais aussi des inégalités importantes entre hôpitaux, et parfois même au sein d'une même ville.

L'absence de reconnaissance officielle des niveaux S0, S1, S2, à la suite de l'annulation des arrêts royaux de 2018 et 2022 par le Conseil d'État, empêche aujourd'hui une orientation standardisée des patients par le 112, alors que, comme on le sait, chaque minute perdue compromet les chances de récupération.

Le rapport souligne aussi que la Belgique peut fournir moins de la moitié des 22 indicateurs européens de qualité, faute d'un système national d'enregistrement structuré. Des données essentielles comme les délais d'intervention, le passage en *stroke unit* ou l'accès à la rééducation ne sont pas collectées de manière systématique.

Au regard de l'urgence vitale que représente chaque minute dans la prise en charge des AVC, il apparaît indispensable que des mesures rapides, cohérentes et juridiquement solides soient prises

pour garantir l'équité, la qualité et la sécurité des soins pour tous les citoyens sur l'ensemble du territoire.

Dans ce contexte, monsieur le ministre, quelles initiatives comptez-vous prendre pour rétablir d'abord un cadre légal de reconnaissance des centres S0, S1, S2 et ensuite garantir une orientation adéquate des patients? Ensuite, des mesures transitoires sont-elles prévues pour sécuriser l'orientation par le 112 en l'absence de liste officielle certifiée? Ensuite, quand un système national standardisé d'enregistrement des indicateurs de qualité sera-t-il opérationnel et quelles obligations seront-elles imposées aux hôpitaux? Et enfin, quelles actions envisagez-vous pour réduire les disparités de qualité entre hôpitaux et assurer une prise en charge équitable sur l'ensemble du territoire?

28.02 Frank Vandenbroucke, ministre: L'audit AVC réalisé par l'INAMI et le SPF Santé publique met effectivement en évidence des différences dans la prise en charge des AVC entre les hôpitaux. Comme c'est souvent le cas dans notre système de santé, trop d'hôpitaux pratiquent des interventions invasives, ce qui disperse l'expertise au détriment de la qualité des soins pour les patients.

La priorité politique actuelle est d'achever la mise en place d'un parcours de soins explicite pour les AVC. Il est, dès lors, essentiel de définir des critères de programmation clairs pour les programmes de soins spécialisés. Le projet d'arrêté royal, qui tient compte des remarques du Conseil d'État concernant l'arrêté précédemment annulé, est en cours de discussion au sein du gouvernement. Dans le cadre de l'aide médicale urgente, le patient peut déjà être transporté vers l'hôpital le plus approprié, mais une clarification supplémentaire est en cours d'élaboration dans le cadre d'une adaptation réglementaire plus large du cadre légal applicable à l'aide médicale urgente.

En ce qui concerne la question relative à l'enregistrement des indicateurs de qualité, pour réduire les disparités de qualité entre hôpitaux et garantir une prise en charge équitable des patients victimes d'un AVC sur l'ensemble du territoire, plusieurs leviers complémentaires seront activés à la suite des travaux de la plateforme interfédérale de la qualité. Des accords ont été conclus concernant les domaines prioritaires pour lesquels les indicateurs de qualité seront définis conjointement et collectés de manière validée. L'un des domaines prioritaires concerne les maladies cardiovasculaires, en premier lieu l'accident vasculaire cérébral.

Dans ce contexte, il est essentiel de mettre en place un enregistrement global de la qualité fondé sur des indicateurs validés. Une première action consiste à recenser et étendre les indicateurs existants de manière harmonisée à l'ensemble du pays, en veillant à l'utilisation de définitions communes, de méthodes de calcul standardisées et de sources de données identiques.

28.03 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre.

Je retiens de votre réponse que le projet d'arrêté royal semble avancer et est en discussion au sein du gouvernement. Il s'agit d'une bonne étape pour combler ce vide juridique. Pour le reste, je vois que le travail semble en cours, mais je n'ai pas entendu de délai concernant ces objectifs de standardisation et de mise au point de ces indicateurs de qualité. J'entends que vous y travaillez, mais cela ne me semble pas encore très clair.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

28.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, j'ai encore une question de Mme Désir, et une autre de M. De Smet qui attend patiemment son tour. Puis-je proposer de donner la réponse à la question de Mme Désir sur la prévention et le dépistage des hépatites de façon écrite, parce qu'il y a aussi une préparation plus large et beaucoup de données qui peuvent l'intéresser dans ce texte? Ainsi, M. De Smet aura la possibilité d'entendre sa réponse.

28.05 Caroline Désir (PS): Avec plaisir, comme cela il y a un peu de solidarité entre collègues.

29 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance du syndrome d'Ehlers-Danlos" (56014601C)

29 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van het syndroom van Ehlers-Danlos" (56014601C)

29.01 **François De Smet** (DéFI): *Monsieur le ministre, dans l'état actuel des connaissances, les SED sont liés à une déficience du collagène, présent dans tous les tissus conjonctifs du corps humain et la plupart peuvent être diagnostiqués via un test génétique. Le SED affecte tout l'organisme, y compris les articulations, la peau, les organes, le système digestif, la proprioception, et le système de circulation sanguine. Les différents types de SED sont liés aux dommages les plus dominants: vasculaire ou hypermobile pour les patients qui en sont atteints.*

Le SED hypermobile est encore en cours d'analyse, et son diagnostic est clinique, posé selon des critères internationaux stricts et le SED vasculaire quant à lui est celui qui est potentiellement le plus menaçant pour la vie: AVC et rupture d'anévrisme sont plus susceptibles de toucher gravement les patients. Le SED est rarement un problème isolé. Il y a une corrélation entre SED et autisme avec 7x plus de risque d'avoir le SED quand on est autiste. Le SED n'est pas automatiquement reconnu comme handicap et 6 points de handicap reconnu ne sont que octroyés ce qui ne donne droit à aucune aide ni facilité et pour la reconnaissance en pathologie lourde, le SED est dans la liste des pathologies reconnues citée par l'Inami mais la procédure est extrêmement lourde

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir si dans le cadre de la reconnaissance du SED comme pathologie lourde, si une réflexion est menée au sein de l'INAMI quant au fait d'octroyer la pathologie lourde dès que le diagnostic est établi, sur base d'une démarche simplifiée, afin de faciliter la vie des patients? S'il est envisagé de traiter mieux et plus rapidement les demandes de reconnaissance de handicap, et d'informer mieux les médecins chargés d'évaluer le handicap? Si une réflexion est envisageable quant au fait de rembourser les traitements qui ne sont pas sur ordonnance: vitamine C en dose massive, vitamines D, curcuma anti inflammatoire, probiotiques qui sont des nécessités pour fonctionner au quotidien, mais ne sont pas remboursés et n'entrent pas en compte dans les "médicaments"? S'il il est enfin possible d'instaurer un répertoire des professionnels formés au SED y compris médecins, kinés, cardiologues, radiologues, gastro-entérologues, dermatologues et autres spécialistes vasculaires?

29.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur De Smet, le syndrome d'Ehlers-Danlos est une maladie rare et hétérogène nécessitant une prise en charge multidisciplinaire et individualisée. La reconnaissance comme pathologie lourde repose sur une évaluation médico-administrative individuelle, afin de garantir une application cohérente et équitable du cadre réglementaire. Aucune reconnaissance automatique sur la seule base du diagnostic n'est prévue à ce stade et toute adaptation nécessiterait une analyse approfondie. La reconnaissance du handicap relève de procédures distinctes, fondées sur l'évaluation de l'impact fonctionnel de la pathologie sur la vie quotidienne et l'autonomie de la personne, selon des référentiels établis utilisés par les médecins évaluateurs.

Le remboursement des soins et des traitements repose sur des critères scientifiques, réglementaires et budgétaires précis. Les compléments alimentaires ou produits non soumis à prescription, tels que les vitamines ou les probiotiques, ne peuvent dès lors être remboursés dans le cadre actuel.

S'il n'existe pas de répertoire officiel de professionnels spécifiquement formés au syndrome d'Ehlers-Danlos, la prise en charge s'inscrit idéalement dans une approche multidisciplinaire, via des centres spécialisés disposant d'une expertise reconnue. Toutefois, une réflexion plus large sera menée dans le contexte du Plan Maladies rares, notamment en ce qui concerne la visibilité de l'expertise, l'amélioration des soins et la simplification des démarches administratives, afin de soutenir de manière optimale les personnes atteintes d'une maladie rare.

Une action phare du Plan Maladies rares 2026-2030 vise à établir une cartographie de l'expertise disponible en Belgique pour les maladies rares et à rendre ces informations visibles tant pour les professionnels de santé que pour les citoyens, y compris en ce qui concerne l'expertise dans la prise en charge de cette pathologie. Cette cartographie portera, dans un premier temps, sur les hôpitaux disposant d'un agrément de fonction Maladies rares – au nombre de huit – avec un objectif de

finalisation dans le courant de 2027, avant d'être progressivement étendue aux autres hôpitaux.

Monsieur De Smet, ma réponse est peut-être un peu frustrante en ce qui concerne le cas spécifique, mais il existe un cadre plus large et général relatif aux maladies rares qui peut être porteur d'espoir pour les personnes atteintes de cette pathologie.

29.03 François De Smet (DéFI): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse.

Elle est en effet un peu frustrante, mais j'espère néanmoins que cette pathologie pourra être davantage prise en considération dans le cadre du plan belge pour les maladies rares, que nous attendons avec impatience. D'autres maladies rares, déjà évoquées ici, mériteraient également un meilleur suivi. Merci d'être resté pour me fournir cette réponse.

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

De **voorzitter**: Voor de goede orde moet ik nog meegeven dat de vraag nr. 56015166C van mevrouw Dedonder, vraag nr. 56014597C van mevrouw Muyll en vraag nr. 56014585C van mevrouw Bury worden uitgesteld tot de volgende sessie.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.03 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 03.*

Schriftelijk behandelde mondelinge vragen

Questions orales traitées par écrit

De antwoorden werden door de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding bezorgd.

Les réponses ont été fournies par le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté.

30 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'urgence d'un plan fédéral de prévention et de dépistage des hépatites" (56014551C)

30 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De urgentie voor een federaal preventie- en screeningsplan voor hepatitis" (56014551C)

Monsieur le Ministre,

En Belgique, en 2023, 814 personnes ont été diagnostiquées avec un carcinome hépatocellulaire, alors que 90 % de ces cancers du foie pourraient être évités grâce à des mesures de prévention simples comme la vaccination contre l'hépatite B, le dépistage précoce des hépatites B et C, et des traitements efficaces, notamment curatifs pour l'hépatite C.

Pourtant, une majorité des personnes porteuses d'une hépatite chronique ne sont toujours pas diagnostiquées, ce qui retarde la prise en charge et mène à des cancers évitables. Des tests rapides existent, réalisables en cinq minutes, et pourraient être déployés largement auprès des groupes à risque.

Monsieur le Ministre,

1. Comment expliquez-vous que la Belgique continue d'enregistrer autant de cancers du foie alors que la prévention permettrait d'en éviter la grande majorité?

2. Disposez-vous de données actualisées sur le dépistage des hépatites B et C, en particulier dans les groupes à risque?

3. Envisagez-vous, en collaboration avec les entités fédérées, un plan national de dépistage renforcé, incluant l'usage systématique des tests rapides dans les structures de première ligne et les lieux accueillant des publics vulnérables?

4. Quelles mesures comptez-vous prendre, toujours en collaboration avec les entités fédérées, pour améliorer la vaccination contre l'hépatite B et garantir un accès équitable au dépistage et au traitement, afin de prévenir ces cancers évitables?

Je vous remercie.

Antwoord - Réponse:

En Belgique, en 2023, 814 personnes ont été diagnostiquées avec un carcinome hépatocellulaire, alors que 90 % de ces cancers du foie pourraient être évités grâce à des mesures de prévention simples comme la vaccination contre l'hépatite B, le dépistage précoce des hépatites B et C, et des traitements efficaces, notamment curatifs pour l'hépatite C.

Pourtant, une majorité des personnes porteuses d'une hépatite chronique ne sont toujours pas diagnostiquées, ce qui retarde la prise en charge et mène à des cancers évitables. Des tests rapides existent, réalisables en cinq minutes, et pourraient être déployés largement auprès des groupes à risque.

Comment expliquez-vous que la Belgique continue d'enregistrer autant de cancers du foie alors que la prévention permettrait d'en éviter la grande majorité ?

Disposez-vous de données actualisées sur le dépistage des hépatites B et C, en particulier dans les groupes à risque?

Envisagez-vous, en collaboration avec les entités fédérées, un plan national de dépistage renforcé, incluant l'usage systématique des tests rapides dans les structures de première ligne et les lieux accueillant des publics vulnérables?

Quelles mesures comptez-vous prendre, toujours en collaboration avec les entités fédérées, pour

améliorer la vaccination contre l'hépatite B et garantir un accès équitable au dépistage et au traitement, afin de prévenir ces cancers évitables?

Le nombre encore élevé de cancers du foie s'explique surtout par le caractère tardif de la maladie. Ces cancers apparaissent souvent après des années d'atteinte hépatique chronique, liée notamment aux hépatites B et C, à l'alcool ou à des troubles métaboliques. En outre, une importante sous-diagnostic des hépatites chroniques B et C persiste.

Les données disponibles chez Sciensano montrent que le dépistage progresse, mais reste insuffisant, surtout dans les groupes à risque. Par exemple, seule une minorité de certains publics vulnérables est effectivement testée, et les données restent encore incomplètes pour plusieurs groupes.

Je partage toutefois la préoccupation selon laquelle cette situation doit évoluer. C'est pourquoi, dans le cadre du GTI Prévention, des travaux préparatoires ont été lancés en vue de l'élaboration d'un plan interfédéral VIH-IST-hépatites, qui accordera sans aucun doute une place importante aux mesures de prévention contre les hépatites B et C. Un cadre stratégique est actuellement élaboré par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC), en collaboration avec Sciensano. Ensuite, sur la base de ce cadre stratégique, un plan d'action concret sera élaboré. L'ensemble de ce processus se déroule en étroite collaboration avec les entités fédérées, toujours dans le cadre du GTI Prévention.