

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 20 MEI 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 20 MAI 2026

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 40 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.40 uur en voorgezeten door mevrouw
Ludivine Dedonder.

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

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

- [01]** Actualiteitsdebat over de hervorming van het ziekenhuislandschap en toegevoegde vragen van
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuishervorming" (56014819C)
 - Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56015672C)
 - Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De geplande hervorming van het ziekenhuislandschap" (56015686C)
 - Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen van de hervorming van het ziekenhuislandschap in Picardisch Wallonië" (56015708C)
 - Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen van de hervorming van het ziekenhuislandschap in het Brussels Gewest" (56015710C)
 - Éric Thiébaut aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de ziekenhuishervorming op de ziekenhuizen in de regio Bergen-Borinage" (56015913C)
 - François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56016064C)
 - Pierre-Yves Dermagne aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevolgen van de ziekenhuishervorming in de provincies Namen en Luxemburg" (56016087C)
 - Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuishervorming" (56016117C)
- [01]** Débat d'actualité sur la réforme du paysage hospitalier et questions jointes de
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme des hôpitaux" (56014819C)
 - Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56015672C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le projet de réforme du paysage hospitalier" (56015686C)
 - Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la réforme du paysage hospitalier en Wallonie picarde" (56015708C)
 - Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la réforme du paysage hospitalier en Région bruxelloise" (56015710C)
 - Éric Thiébaut à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la réforme du paysage hospitalier sur les hôpitaux de la région de Mons-Borinage" (56015913C)
 - François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56016064C)
 - Pierre-Yves Dermagne à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la réforme du paysage hospitalier en provinces de Namur et de Luxembourg" (56016087C)
 - Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme des hôpitaux" (56016117C)

[01.01] **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik had een aantal heel algemene vragen ingestuurd, maar ik zou ze nu toch iets specifiekere willen maken, omdat er ondertussen wat meer duidelijkheid is over de hervorming van het ziekenhuislandschap. Er zijn wat bezorgdheden opgedoken, ook bij mensen met wie we gesproken hebben. Ik leg er u een aantal voor. Hopelijk kunt u op een paar van die vragen al een antwoord bieden.

Een van de bezorgdheden is dat eigenlijk niet of misschien te weinig rekening wordt gehouden met het geheel van de zorg, dus met het zorgcontinuüm van eerstelijnszorg tot sterk gespecialiseerde zorg. We zijn het er zeker mee eens dat een concentratie van hooggespecialiseerde zorg nodig is om ook genoeg kwaliteit te bereiken. Tegelijkertijd mogen we niet vergeten dat zorg eigenlijk al begint bij preventie en een aantal stadia doorloopt die het liefst ook goed met elkaar verbonden zijn en waarover men goed met elkaar in overleg kan gaan, vandaar mijn eerste vraag. Hoe zal de hervorming van het ziekenhuislandschap worden afgestemd op of ingepast in dat zorgcontinuüm, zodat de verschillende

partners ook optimaal met elkaar kunnen spreken?

Een andere bezorgdheid die we zelf ook hebben, betreft de spoeddiensten. Er wordt aangegeven dat er misschien wel te veel spoeddiensten op korte afstand ten opzichte van elkaar zijn, zeker in sommige regio's. Tegelijkertijd staan spoeddiensten niet los van bijvoorbeeld huisartsenwachtposten en andere niet-planbare zorg. Op welke manier zal daaraan vorm worden gegeven en zal het een in het ander worden gepast? Zal, met andere woorden, het geheel van de niet-planbare zorg worden bekeken?

Een heel specifieke vraag gaat over de universitaire bedden in de algemene ziekenhuizen. Daarover bestaat toch ook wel wat bezorgdheid, omdat heel wat algemene ziekenhuizen een grote rol spelen in de opleiding van artsen in opleiding en arts-specialisten in opleiding. Als daar natuurlijk andere parameters zouden gelden om die universitaire bedden in algemene ziekenhuizen erkend te houden, dan zou dat mogelijk problematisch kunnen worden voor de opleiding van die arts-specialisten in opleiding. Zou het voor de universitaire ziekenhuizen zelf ook problematisch kunnen zijn als universitaire bedden zouden wegvallen in de algemene ziekenhuizen? Hoe kijkt u daarnaar? Is dat iets wat we op termijn kunnen verwachten of is dat iets waarover we ons eigenlijk geen zorgen hoeven te maken?

De afgelopen jaren is er natuurlijk al een en ander verschoven in het ziekenhuislandschap. Er zijn al wat ziekenhuisfusies geweest en op eigen initiatief zijn er al efficiëntieoefeningen uitgevoerd. Op welke manier zal daarmee rekening worden gehouden?

Die ziekenhuizen maken zich nu ook zorgen. Ze hebben al heel wat financiële middelen ertegenaan gegooid voor de fusieoperatie en vragen zich af wat die verdere efficiëntieoefening precies inhoudt. Zal er daarvoor opnieuw geld worden vrijgemaakt dat ten koste gaat van het budget financiële middelen? Zullen ze op die manier dus eigenlijk een tweede keer moeten betalen voor de fusieoperatie of de efficiëntieoefening van andere ziekenhuizen? Hebt u al een concreter zicht op de timing?

Ten slotte, wat betreft de rol van de Belgische Mededingingsautoriteit (BMA), we weten dat die in het verleden van zich heeft laten horen tijdens bepaalde fusieoperaties van ziekenhuizen en behoorlijk moeilijk heeft gedaan. Moeten we de rol van de BMA niet herbekijken als het over een fusie of een efficiëntieoefening van ziekenhuizen gaat? Dat is immers niet echt een commercieel gegeven en de concurrentie is daar toch iets minder van tel.

01.02 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, zoals collega Gijbels terecht stelt, merken wij dat er een sterke evolutie zit in dat dossier en krijgen we heel wat signalen, ook vanuit het werkveld. Die expertenanalyse was heel duidelijk en daaruit bleek dat 14 algemene ziekenhuizen in hun huidige vorm niet kunnen blijven voortbestaan tegen 2031, omdat ze niet langer voldoen aan een aantal vooropgestelde criteria voor schaalgrootte en activiteit.

Ik wil eerst en vooral zeggen dat wij niet betwisten dat een hervorming van het ziekenhuislandschap noodzakelijk is, vandaar ook de organisatie van de netwerken in vorige legislaturen. De uitdagingen zijn heel duidelijk: vergrijzing, personeelstekort en nood aan een efficiënte organisatie van de zorg. We hebben echter wel grote bezorgdheden bij deze oefening en merken dat die er ook zijn bij de zorgverleners, de lokale politieke verantwoordelijken en de patiënten. De vrees is vooral dat de toegankelijkheid onder druk zal komen te staan, zeker in de meer landelijke regio's. Daarnaast geven ziekenhuizen ook aan dat de vooropgestelde criteria soms te weinig rekening houden met de lokale realiteit.

Daarom wil ik u nogmaals vragen wat de status is van de nota met betrekking tot de hervorming van de ziekenhuizen. Wat is de status met betrekking tot de akkoorden met de deelstaten daarover?

Zoals mevrouw Gijbels net ook opmerkte, is er in een aantal ziekenhuizen grote ongerustheid met betrekking tot de toekomst van die ziekenhuizen. Zelf heb ik noodsignalen gehoord vanuit Oudenaarde en Geraardsbergen, maar ook vanuit Asse en Blankenberge. De onrust is dus wijdverspreid. Vaak gaat het inderdaad over de organisatie en de spreiding van de spoeddiensten.

Daarom wil ik u ook het volgende vragen.

Hoe zult u garanderen dat de hervorming niet leidt tot een verminderde toegankelijkheid van zorg voor

patiënten, zeker ook in regio's waar ziekenhuizen dreigen te verdwijnen of te herstructureren?

In welke mate bent u bereid de voorgestelde criteria bij te sturen, maar toch te blijven objectiveren, zodat rekening kan worden gehouden met lokale realiteiten en zorgnetwerken?

Zullen ziekenhuizen financieel worden ondersteund bij de hervorming? Ik las in een artikel dat ook AZ Delta daarnaar vraagt, gelet op de noodzakelijke investeringen in infrastructuur en organisatie.

Hoe zult u ervoor zorgen dat de hervorming niet alleen een oefening in schaalvergroting is, maar ook effectief leidt tot een betere en snellere zorg voor patiënten?

Ik ben zelf ook voorzitter van een hulpverleningszone, die u welbekend is, namelijk Vlaams-Brabant West. Zoals u wellicht weet, hebben die zones ook een belangrijke rol in de organisatie van de dringende geneeskundige hulpverlening. In dat verband wordt samengewerkt met ziekenhuizen voor de organisatie van PIT-diensten. De ziekenhuishervorming dreigt dus ook daar een impact te hebben. Vandaar de heel logische vraag hoe u daarop zult anticiperen en daarover zult overleggen met alle betrokkenen.

01.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, les recommandations formulées par les experts que vous avez mandatés dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier continuent de susciter de vives inquiétudes, en particulier en Wallonie, même si j'entends que ce n'est pas propre à la Wallonie. Selon les projections, jusqu'à 39 sites hospitaliers pourraient être contraints de réduire fortement leurs activités ou d'être reconfigurés.

Si l'objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins est légitime, il ne peut se faire au détriment de leur accessibilité. La carte publiée récemment par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) est dans ce cadre sans équivoque.

Dans ce contexte, plusieurs zones interpellent particulièrement. Je pense notamment et évidemment à ma zone, celle de Wallonie picarde, avec des acteurs structurants comme le CHwapi, EpiCURA ou encore le Centre Hospitalier de Mouscron. Ces hôpitaux ont déjà engagé depuis un certain temps des dynamiques de réseau et d'anticipation des réformes, mais ils restent confrontés à des contraintes démographiques et d'activité qui pourraient les fragiliser dans les nouveaux critères proposés.

Monsieur le ministre, comment le gouvernement entend-il garantir que la réforme ne conduise pas à une perte d'accessibilité géographique aux soins, en particulier dans des territoires comme la Wallonie picarde?

Des adaptations spécifiques des critères, notamment en matière de seuil d'activité ou de maternité, sont-elles envisagées pour tenir compte des réalités locales et des bassins de vie?

Comment la dimension transfrontalière avec la Flandre sera-t-elle prise en compte dans une région comme la mienne?

Enfin, pouvez-vous garantir que les décisions finales ne seront pas uniquement guidées par des logiques quantitatives, mais bien par une analyse fine des besoins de la population? Pouvez-vous garantir aussi que la concertation sociale aura bien lieu?

01.04 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je voudrais pour ma part mettre le focus sur la situation bruxelloise puisque, selon les analyses publiées dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier, cinq hôpitaux bruxellois, dont l'hôpital Bracops et le site Paul Brien du CHU Brugmann, figurent parmi les établissements susceptibles de voir leur activité fortement réduite ou de devoir se reconverter dans les prochaines années.

Cette perspective suscite évidemment une inquiétude bien légitime dans une région qui est caractérisée par une densité de population élevée, une forte précarité, une croissance démographique continue et une pression déjà importante sur les services d'urgence, sans compter bien sûr la pénurie de médecins généralistes.

Monsieur le ministre, comment le gouvernement fédéral entend-il garantir le maintien d'une offre

hospitalière suffisante à Bruxelles, notamment dans les zones où les hôpitaux concernés jouent un rôle essentiel de proximité?

Quelles garanties pouvez-vous apporter quant à la continuité des services d'urgence, sachant que les recommandations des experts limitent ces services aux seuls hôpitaux généraux régionaux (HGR) et centres hospitaliers universitaires (CHU) et que plusieurs sites bruxellois ne répondent pas aujourd'hui aux normes projetées?

Comment l'accessibilité géographique sera-t-elle intégrée dans les critères définitifs, compte tenu des réalités propres à Bruxelles, notamment en termes de mobilité, de densité, de précarité et de dépendance par rapport aux transports publics?

Enfin, quelles mesures d'accompagnement spécifiques sont-elles prévues pour les hôpitaux bruxellois concernés, afin d'éviter une surcharge des sites restants et de garantir la continuité des soins pendant la transition?

01.05 **Éric Thiébaud** (PS): Monsieur le ministre, de nombreux collègues interviennent sur ce sujet aujourd'hui, ce qui démontre une vive inquiétude quant à la réforme du paysage hospitalier en cours. Je me ferai ici le porte-parole des inquiétudes des représentants du personnel de plusieurs hôpitaux de ma région, celle de Mons-Borinage.

Selon l'étude réalisée par vos experts et les critères définis, il apparaît de plus en plus probable que de nombreux hôpitaux risquent de disparaître ou de devoir se transformer. C'est le cas pour les sites de Baudour, Warquignies et Saint-Joseph de Mons, jugés trop petits. Les inquiétudes sont d'autant plus grandes que ces hôpitaux doivent déjà faire face à des économies importantes, à hauteur de 160 millions d'euros dès 2026.

Dans ce contexte, la crainte est réelle que la rationalisation budgétaire prenne le pas sur la qualité des soins, les conditions de travail du personnel et l'accessibilité pour les patients.

Monsieur le ministre, où en est aujourd'hui concrètement cette réforme?

Quelles garanties pouvez-vous apporter quant au maintien d'une offre de soins de proximité et accessible pour les habitants de Mons-Borinage? Pourriez-vous me préciser dans quelle direction devraient évoluer le CHU HELORA - hôpital de Mons-Constantinople (ex-Saint-Joseph), le CHU HELORA - hôpital de Warquignies, et l'hôpital EpiCURA de Baudour? Leur existence est-elle vraiment menacée? Qu'en sera-t-il du personnel concerné par ces restructurations envisagées?

Comment le gouvernement entend-il s'assurer que cette réforme ne se traduira pas par une dégradation de l'accessibilité aux services d'urgence dans toutes les régions du pays?

Enfin, quels moyens financiers spécifiques sont-ils prévus pour accompagner les hôpitaux dans cette transition, alors même que des économies substantielles leur sont déjà demandées à très court terme?

01.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je pense que tous les collègues qui interviennent sont inquiets dans la perspective de la réforme des hôpitaux. Personnellement, je m'inquiète également de l'avenir des hôpitaux de ma région. Je pense notamment aux patients touchés par la fermeture de l'hôpital de Chimay ou de Sombreffe, mais il s'agit selon moi d'un problème national, car il y a également les hôpitaux de Dinant, de Herstal, d'Oudenaarde ou de Blankenberge. Si l'on en croit les experts auxquels vous avez fait appel, on dénombre environ 39 ou 40 sites qui sont trop petits pour continuer à fonctionner comme hôpital général.

Franchement, cela me donne des frissons parce qu'aujourd'hui, au nom de l'efficacité, on est en train de porter un fameux coup de hache à des soins de santé accessibles et de proximité. La fermeture des maternités, par exemple, qui a déjà été effectuée les dernières années, a eu des répercussions non négligeables. À un moment donné, on avait dit qu'un hôpital devait assurer 400 accouchements pour pouvoir rester ouvert. Aujourd'hui, ce nombre a grimpé à 600 accouchements. Et derrière ces décisions, monsieur le ministre, il y a des personnes, il y a du personnel.

Je pense tout d'abord aux patients, qui sont aujourd'hui affectés. J'ai l'impression que l'idée qu'on

n'allait pas réaliser des économies dans les soins de santé est révolue. J'en veux pour preuve, notamment, le prix plus élevé des médicaments. S'ajoute à cela l'éloignement des hôpitaux à la suite de fermetures. Cela signifie que les patients doivent désormais parcourir une longue distance pour être soignés, pour recevoir la visite d'un proche ou pour accoucher. Sans oublier que certains de ces patients doivent se rendre à l'hôpital en transports en commun parce qu'ils n'ont pas de voiture, alors que certaines régions sont très mal desservies en transports en commun.

Je pense aussi, bien sûr, au personnel soignant qui prend connaissance de ces informations par voie de presse. Un personnel soignant qui est sous pression. L'étude semble indiquer qu'en fait, certains hôpitaux ne sont pas assez rentables et qu'il n'y a pas assez d'actes. En d'autres mots, que ces gens-là ne travaillent pas. Je pense que ce n'est pas le cas. Maintenant, cela ne veut pas dire que dans certains grands centres ou dans certaines concentrations, on ne puisse pas être d'accord.

Mais il y a, je crois, deux choses essentielles: d'une part, des soins de proximité pour la population – et il faudra qu'on se mette d'accord sur la définition des soins de proximité – et de l'autre, une accessibilité qui doit être garantie. C'est vraiment fondamental.

Monsieur le ministre, je pense que tout le monde se pose ces questions. Quelle suite allez-vous donner aux recommandations des experts? Comment allez-vous garantir l'accessibilité des soins pour les patients? Comment faire pour que cette accessibilité ne soit pas compromise?

Comment éviter que la charge de travail du personnel soignant n'augmente davantage? Quoi qu'il en soit, nous entendons également que, sur le terrain, il y a très peu de concertation avec les acteurs à cet égard. J'attends vos réponses.

La **présidente**: M. Gatelier souhaite également intervenir dans le débat.

01.07 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier, je souhaiterais attirer votre attention sur plusieurs points essentiels concernant l'accessibilité réelle des soins, en particulier l'inquiétude qui plane dans les zones rurales en Wallonie.

Premièrement, concernant l'accès aux infrastructures hospitalières, je vais prendre pour exemple ma région, le Sud du Hainaut. Des sites hospitaliers comme l'hôpital de Chimay et l'hôpital de Lobbes sont directement menacés par les réflexions actuelles.

Or, sans ces structures, les habitants des communes de la botte du Hainaut, la commune d'Erquelinnes, la région des Fagnes dans son ensemble, l'ensemble des communes autour des lacs de l'Eau d'Heure, mais aussi les touristes qui les fréquentent, se retrouveraient à plus de 30 minutes d'un hôpital, et pour certains à une heure de l'hôpital le plus proche. On parle ici de près de 100 000 habitants concernés.

Ma première question est donc simple. Comment le gouvernement compte-t-il intégrer les réalités géographiques rurales et les temps de trajet réels dans l'application de cette réforme?

Deuxièmement, si demain, certains agréments SMUR ou services d'urgence disparaissaient, certaines communes ne seraient plus couvertes dans les délais d'intervention de 20 minutes. Comment le gouvernement compte-t-il garantir cette couverture SMUR dans les territoires ruraux? Le renforcement du secteur hélicoptère est-il envisagé pour les régions qui perdraient une couverture de proximité?

Troisièmement, concernant les futurs centres médicaux locaux, j'attire votre attention sur le fait qu'un service d'urgences ne sert pas uniquement à accueillir des patients externes. Il joue aussi un rôle fondamental dans la sécurisation des activités internes de l'hôpital. Par exemple, l'imagerie avec injection de contraste, l'hémodialyse, les tests allergiques chez le pneumologue, les épreuves d'effort chez le cardiologue. Ne craignez-vous pas qu'en absence de cette sécurité médicale, certains spécialistes quittent progressivement ces sites, transformant ainsi les futurs CML en simples policliniques?

Quatrièmement, étudiez-vous la possibilité de créer un agrément intermédiaire de type PPCU de jour, permettant d'assurer des soins non programmés en journée et en soirée, tout en évitant les coûts d'un fonctionnement complet 24 heures sur 24?

Enfin, concernant les critères de reconnaissance hospitalière, allez-vous tenir compte des données hospitalières les plus récentes, notamment celles de 2025 que nous devrions avoir ou que nous venons d'avoir, plutôt que les données de 2022, qui sont encore fortement influencées par la pandémie du covid?

Je voudrais parler par exemple du cas particulier de l'hôpital de Nivelles. Vous savez très bien que le taux d'occupation des lits dans les hôpitaux diminue plus ou moins de 2 à 3 % par an, puisqu'il y a un transfert vers l'activité ambulatoire. Ce n'est pas une mauvaise chose.

Mais il y a des hôpitaux, notamment celui de Nivelles, qui font preuve d'une gestion dynamique. C'est justement un cas particulier. Cet hôpital, depuis 2022, a vu le taux d'occupation de ses lits augmenter.

Je pense donc qu'il est important, tout comme l'INAMI le fait dans la reconnaissance de l'agrément en cardiologie ou en chirurgie cardiaque par exemple, qu'on puisse tenir compte plutôt d'une moyenne des trois dernières années. On peut peut-être faire encore mieux, être plus proche de la réalité en prenant des données de 2025.

Pouvez-vous clarifier si le futur critère sera bien basé aussi sur les lits justifiés réellement utilisés, comme proposé par les experts? Ou certains envisagent-ils désormais un seuil de 200 lits agréés, ce qui pénaliserait fortement de nombreux hôpitaux wallons ruraux? Ce serait, notamment, le cas des sites de Lobbes ou de Chimay. Enfin, des dérogations géographiques sont-elles envisagées pour certains hôpitaux éloignés, à plus d'une heure, comme l'hôpital de Chimay? La disparition d'un tel site aurait des conséquences majeures sur l'accès aux soins et l'aide médicale urgente.

Je vous remercie pour vos réponses.

01.08 Frank Vandenbroucke, ministre: J'ai attentivement écouté l'ensemble des interventions. Je comprends pleinement les inquiétudes et les préoccupations légitimes que vous exprimez, ainsi que celles relayées par les acteurs de terrain.

Par souci de correction à l'égard de mes collègues des entités fédérées et dans le respect du processus établi, plusieurs questions demeurent en suspens et je ne suis pas en mesure d'y répondre aujourd'hui. Ma réponse sera donc une réponse de principe, formulée en termes généraux. Cela ne signifie en aucun cas que je n'ai pas entendu ni pris en considération les propos qui ont été tenus ici.

Tout d'abord, je tiens à rappeler que le rapport du groupe de travail d'experts chargé de la réforme du paysage hospitalier a été présenté le 17 décembre 2025 lors de la conférence interministérielle Santé publique. Dans un souci de transparence et d'information, il a été rendu public sur le site du SPF Santé publique. Le KCE a, dans la même logique de transparence, publié une série de résultats de simulations fondées sur ce rapport.

Cependant, il convient de rappeler que ce rapport est un document d'analyses et de recommandations élaboré par des experts indépendants et qu'il ne constitue en aucun cas une décision politique. Il doit être considéré comme un cadre de réflexion, qui doit encore être complété par les avis des parties prenantes et par une concertation entre les différents niveaux de pouvoir avant toute décision éventuelle.

À la suite de la publication du rapport, le gouvernement fédéral ainsi que les gouvernements des entités fédérées ont lancé une phase de consultation. Dans ce cadre, les avis des parties prenantes ont été sollicités jusqu'à la fin du mois d'avril de cette année. Ces avis, auxquels s'ajoutent plusieurs avis émis de leur propre initiative par certains conseils consultatifs, sont en cours de collecte et d'analyse. Une synthèse consolidée de l'ensemble de ces avis est en cours de rédaction afin d'identifier les points de convergence ainsi que les questions nécessitant un approfondissement.

Cette synthèse sera examinée au cours du mois de juin au sein de la conférence interministérielle de la Santé publique. À ce stade, aucune mesure concrète ou opérationnelle n'a encore été arrêtée.

Je dois également rappeler que, tout en ayant écouté et soigneusement pris en compte l'ensemble des préoccupations exprimées concernant l'accessibilité et la proximité des soins, ce sont les entités fédérées – et non l'autorité fédérale – qui sont compétentes en matière de reconnaissance, c'est-à-dire

d'agrément, et de répartition optimale de l'offre de soins.

Cela ne signifie pas que les décisions relevant de notre compétence, comme par exemple la fixation d'un taux minimal d'activité, ne soient pas essentielles, puisqu'elles contribuent fortement à structurer le paysage. Néanmoins, en ce qui concerne l'agrément et la répartition optimale, ce sont les entités fédérées qui ont les clefs en main.

Ik wil dat even, verdergaand in het Nederlands, herhalen. Het is belangrijk dat we goed weten dat ik dat samen wil bespreken met mijn collega's Yves Coppieters, Ahmed Laaouej, Caroline Gennez en iedereen die betrokken is bij de IMC Volksgezondheid. Zij zijn verantwoordelijk voor de erkenning en dus ook voor de spreading. Wij formuleren een algemene visie, bijvoorbeeld op minimale activiteitsniveaus. Daarom noteer ik bij een aantal van de bezorgdheden die hier zijn geuit dat ik die met mijn collega's moet bespreken en dat ik daar zelf ook over moet nadenken. Het antwoord is natuurlijk een gemeenschappelijk antwoord met mijn collega's.

Ik wil wel heel duidelijk zeggen, tegen iedereen hier aanwezig, dat de bezorgdheid over de toegankelijkheid, nabijheid, en laat mij daar ook maar taal aan toevoegen, als ik bijvoorbeeld denk aan de Duitstalige Gemeenschap, ongetwijfeld ook tot uiting zal komen in de visie van mijn collega's in de deelstaten. Daar ben ik zeker van. We zullen voor die bezorgdheid oplossingen zoeken. We hebben altijd gezegd dat dat een evenwicht is tussen enerzijds concentratie waar die nodig is, wat samenhangt met expertise en met een goed gebruik van de man- en vrouwkracht, en anderzijds nabijheid, waarbij zorg dicht bij de patiënt kan worden aangeboden.

Ik zou hier eigenlijk moeten stoppen, want er is nog niets beslist. Ik zou wel willen dat we de komende weken tot een kader kunnen komen. Dat hoop ik echt, zodat we op basis van de geconsolideerde synthese van de adviezen van alle adviesraden tot besluitvorming kunnen komen binnen de IMC Volksgezondheid, daarmee naar de regeringen kunnen stappen en vervolgens het kader kunnen vastleggen. Ik zal op andere vragen, zoals de vraag van mevrouw Gijbels naar de universitaire bedden, dus nog niet antwoorden.

Monsieur Gatelier, vous avez posé une très bonne question: quel est le critère exact utilisé pour définir un taux d'activité? Parle-t-on de "lits justifiés" ou de "lits agréés", quel est exactement le critère? C'est une question très importante. Je n'y répondrai pas ici mais c'est en effet l'une des questions qui se posent.

Ik kan op een aantal vragen niet antwoorden, maar ik wil toch één ding aanhalen dat ik belangrijk vind, als reactie op verschillende vragen. Dit is geen besparingsoefening. Het is eigenlijk ook een oefening die losstaat van onze visie op de hervorming van de nomenclatuur en de ziekenhuisfinanciering. Dit is een oefening in het definiëren van een landschap met een meer verfijnde, meer precieze typologie van ziekenhuiscampussen.

Ik volg de experts wel op het volgende punt, waarvan ik vind dat het echt moet worden meegenomen. Er is het klassieke regionale algemene ziekenhuis, met een spoeddienst en een aantal eisen inzake soorten en volumeactiviteiten. Dan zijn er universitaire ziekenhuizen, met een specifieke missie. Vervolgens is er, en dat is nieuw, het idee van een lokaal medisch centrum, gefocust op dagactiviteit. Daarnaast zijn er nog intermediaire instellingen voor bijvoorbeeld langdurig verblijf. Dat is een interessante typologie.

Die typologie is interessant om de volgende redenen. Als men campussen zou reconverteren of transformeren, om de goede uitdrukking van een van de collega's van de PS te gebruiken, van een klassiek ziekenhuis met nachtafactiviteit, overnachtingen en spoeddienst naar een lokaal medisch centrum, dat een belangrijk medisch centrum kan zijn, maar alleen dagactiviteit heeft, dan zal men daar natuurlijk ook verpleegkundigen en zorgkundigen nodig hebben. Zij zullen geen nachtschiften doen. Misschien zal dat zelfs een interessantere omgeving zijn om in te werken dan een omgeving waarin het personeel ook nachtschiften moet doen.

Het idee dat we verpleegkundigen zouden moeten afdanken vanwege die operatie, is absoluut uit den boze, absoluut verkeerd. Het is helemaal niet de bedoeling om verpleegkundigen te moeten afdanken of om te rationaliseren op zorgkundigen of iets dergelijks. Het idee is eerder om het werk voor het verpleegkundig personeel aantrekkelijker te maken, in de mate dat men minder verpleegkundig en

zorgkundig personeel zal moeten inzetten voor overnachtingen, terwijl men mensen zal kunnen inzetten in omgevingen die qua werkomstandigheden misschien veel stabiel, regelmatig en interessanter zijn.

Het idee is evenmin om op grote schaal campussen te sluiten. Het idee is wel om te transformeren, om conversieoperaties te doen, waardoor we precies een antwoord kunnen bieden op de schaarste aan verpleegkundig personeel en verzorgend personeel in het algemeen.

Dat moeten we doen. Daarvoor moeten we een oplossing hebben. Een betere organisatie om mensen een aantrekkelijke werkomgeving te bieden, is wat mij betreft dan ook een van de hoofddoelstellingen. Het is dus niet de bedoeling om op personeel te besparen of personeel af te danken.

Ik wil tot slot zeggen dat ik goed heb geluisterd naar de collega's van de PS. Sommige opmerkingen hadden betrekking op situaties in Brussel en bepaalde steden, andere op rurale gebieden. Dat zijn allemaal toegankelijkheidsproblemen. We moeten dus luisteren naar wat de collega's van de deelstaten daarover zeggen. Ik wil daar ook naar luisteren en ik denk dat we daarvoor oplossingen moeten zoeken. Tegelijk ben ik ervan overtuigd dat we ons zorglandschap moeten reorganiseren en rationaliseren. Dat is niet eenvoudig en ik begrijp dat dat onrust veroorzaakt. Ik stel ook vast dat er op het terrein initiatieven worden genomen waarvan men zegt dat ze bedoeld zijn "om minister Vandenbroucke een plezier te doen", terwijl ik daar niets mee te maken heb.

Laten we dus de kar niet voor het paard spannen. Een rationelere organisatie van het landschap is echter absoluut noodzakelijk. Ik hoop dat ik u meer informatie zal kunnen geven zodra we enkele stappen verder hebben gezet. Dan zullen we daar ongetwijfeld ook over moeten debatteren.

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

Het zit blijkbaar nog in het stadium van reflectie en overleg. We horen inderdaad dat er ongerustheid bestaat, net omdat er al adviezen zijn, maar nog geen beslissingen. Ik begrijp die ongerustheid. Tegelijkertijd denk ik dat het zorglandschap zelf heel goed beseft dat veranderingen nodig zijn. Daarom zijn er al heel wat efficiëntieoefeningen en rationalisaties doorgevoerd of nog aan de gang. We moeten dat respecteren, daarmee rekening houden en het proberen in te passen in het toekomstige landschap.

Tegelijkertijd moeten we ervoor zorgen dat we de hervorming van het ziekenhuislandschap niet los zien van het geheel van het zorgcontinuüm. Ik denk dat daar de echte uitdaging voor de toekomst ligt. Als we echt willen evolueren naar een geïntegreerde zorg, naar een zorg die rond de patiënt wordt opgebouwd, dan zullen we het geheel moeten bekijken.

Onze bevoegdheidsverdeling maakt dat natuurlijk niet gemakkelijker, want het zorglandschap is versnipperd, maar we moeten ons best doen om een efficiëntieoefening op te starten en zo snel mogelijk duidelijkheid te verschaffen aan de ziekenhuizen en de andere zorgverstrekkers.

01.10 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, enerzijds hebben we er begrip voor dat er nog een proces loopt waarbij u alle betrokken actoren wilt respecteren. Anderzijds zitten we hier natuurlijk in de commissie voor Gezondheid om met u ook ten gronde het debat te voeren. We blijven dus een beetje op onze honger zitten. U hebt niet geantwoord op mijn specifieke vragen. Ik wil toch nog even in herinnering brengen dat men in een aantal sites, waaronder Geraardsbergen en Asse, erg bezorgd is over het eventuele wegvallen van spoeddiensten, om het concreet te benoemen. Het is regionaal immers erg belangrijk dat die niet-planbare zorg dicht bij de patiënt kan blijven. Vooral voor oudere en minder mobiele mensen is dat essentieel.

Ik sluit me zeker aan bij wat mevrouw Gijbels zegt, namelijk dat we er bij een hervorming altijd voor moeten zorgen dat die in de eerste plaats uitgaat van de zorg rond de patiënt zelf. We moeten goed nagaan wat de impact van die hervorming is op andere aspecten van de zorg, zoals de organisatie van de eerste lijn. Ook wij willen vanuit onze fractie zeker de principes onderschrijven. We begrijpen dat men evolueert naar categorieën van ziekenhuizen en dat daarbij aandacht gaat naar de ambulante zorg en de uitdagingen inzake het personeelstekort. Wat die uitgangspunten betreft, denk ik dat veel leden van deze commissie dicht bij u staan. Het blijft echter een mijnenveld om die hervorming op het terrein te laten landen zonder al te grote impact op de bereikbaarheid van de zorg.

01.11 **Éric Thiébaut** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos explications.

Vous nous indiquez que rien n'est encore arrêté pour ce qui concerne votre future réforme du paysage hospitalier. Toutefois, vous pouvez comprendre l'inquiétude du personnel hospitalier et des patients dans la mesure où des études en cours envisagent des suppressions d'hôpitaux et de services. J'entends que vous y êtes attentif et j'espère sincèrement que vous prendrez les décisions qui réserveront la priorité à l'intérêt des patients et du personnel soignant.

01.12 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, vous parlez d'un processus en cours. C'est pourquoi j'avais insisté sur la nécessité de la concertation sociale, puisque les syndicats n'avaient pas été associés au groupe d'experts ni informés en temps utile de la publication des travaux, contrairement aux fédérations d'employeurs hospitaliers. Il est évidemment fondamental que les syndicats puissent y être associés.

Cette réforme implique des fusions, des reconversions, des fermetures de sites, une redistribution des activités hospitalières. Inévitablement, cela va entraîner des conséquences. Je pense aux menaces sur l'emploi. J'entends bien que les infirmiers ne seront probablement pas menacés, mais un hôpital n'emploie pas que cette profession. Je pense ainsi aux services de support ou de maintenance. Et puis, il y a des menaces qui pèsent sur les statuts, les conditions de travail et les rémunérations réelles.

Tout à l'heure, vous avez dit que cette réforme était indépendante des autres. Pour ma part, je pense au contraire qu'il faut les articuler. Je parle des réformes en cours sur le paysage hospitalier, les professions de soins, les modes de financement parce qu'elles modifient en même temps, les missions, les fonctions, les organisations et les contraintes de disponibilité du personnel. Il importe donc d'articuler une réforme des normes d'encadrement afin de bâtir un système cohérent. Sans normes contraignantes adaptées aux nouvelles organisations, que va-t-il se passer? Cette réforme débouchera sur une intensification du travail, une dégradation qualitative et un épuisement accru des équipes. Aujourd'hui, il me semble possible d'aligner les normes d'encadrement, les classifications de fonction et les missions des professionnels des soins.

En ce qui concerne ce envers quoi nous devons rester vigilants, ce sont les fermetures nocturnes, les transformations en structures exclusivement de jour et un affaiblissement de l'offre hospitalière dans des zones moins densément peuplées, comme cela a été dit et redit.

La concentration des soins spécialisés, je pense qu'on est d'accord ici, est acceptable. La désertification hospitalière, ne l'est absolument pas. On parle de faire une référence à une norme d'accessibilité basée sur un temps de déplacement de 30-40 minutes. Ce n'est pas responsable et c'est surtout incompatible avec la réalité de terrain dans de nombreuses régions plus rurales. Cela ne tient pas compte des conditions de mobilité réelles, ni du vieillissement de la population, ni des impacts aussi sur les travailleurs qui sont contraints à des déplacements plus longs et à une flexibilité accrue.

Aujourd'hui, j'entends que c'est en cours. J'entends aussi que vous renvoyez – quand même un peu trop, à mon goût – la balle vers les entités fédérées. J'espère que nous ferons ça de manière responsable et qu'une réforme qui se veut plus efficace ne se fasse pas au détriment du personnel et au détriment de l'accessibilité des patients. Elle ne serait dans ce cas qu'un échec global. Nous aurons l'occasion d'en reparler très probablement au sein de cette commission.

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

Merci notamment de nous avoir rappelé le timing et les étapes qui vont encore arriver concernant cette réforme. Il est évidemment important de rappeler qu'on est encore à un stade de consultation, de concertation. Tout cela n'est pas encore une décision. Nous sommes pour l'instant dans un cadre de réflexion, mais c'est aussi le moment pour nous, députés, de faire remonter les inquiétudes de terrain.

Vous avez entendu, elles s'expriment de manière relativement différente. Mes collègues wallons ont relayé certaines inquiétudes, notamment en matière d'accessibilité ou de conditions de travail. La situation à Bruxelles est un peu différente, parce que l'offre de soins est évidemment très importante sur un petit territoire. Cependant, avec les projections telles qu'elles sont faites aujourd'hui, le risque existe que des hôpitaux comme Brien et Bracops ne rentrent plus dans les conditions et doivent se réorganiser. Cela va un peu changer le paysage. Nous ne sommes pas opposés à cette réforme, nous

l'avons déjà dit à plusieurs reprises. Le bassin de soins doit être réorganisé, c'est une nécessité. Mais il faut faire attention: si des hôpitaux de cette taille doivent se restructurer demain, et si on doit fermer par exemple des services d'urgence, cela va inévitablement reporter une part de l'offre sur des sites existants qui sont déjà saturés. Tout cela doit évidemment être pris en compte en amont.

Il nous semble important aujourd'hui de relayer déjà ces points d'attention qui apparaissent très clairement quand on examine une carte des bassins de soins bruxellois.

01.14 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, je suis très sceptique, car vous dites que vous ne voulez pas faire d'économies, mais vous êtes dans l'un des gouvernements qui fait le plus d'économies depuis des années. Vous dites que vous voulez faire une rationalisation. Vous jouez sur les mots. Je pense que les gens ne sont pas dupes: le but de l'opération est bel et bien d'économiser.

Je suis étonnée que, d'un côté, vous disiez que vous ne pouvez pas répondre et que, de l'autre, fin avril aient été publiés les sites qui doivent être fermés. Le message envoyé par la publication de cette étude est clair. Il y est expliqué que ces sites ne correspondent pas aux critères de volume, par exemple le nombre d'accouchements. Je voudrais qu'on parle de la qualité des soins, de la proximité; mais, non, on parle de volume, on dit que ces sites n'ont pas assez d'activités. C'est pour cela qu'ils sont menacés de fermeture.

Ensuite, on vient nous dire que rien n'est décidé. Je trouve cela fort de café. Je pense que plusieurs hôpitaux savent qu'ils sont condamnés à la fermeture. J'aurais voulu vous entendre donner des garanties, dire que vous alliez considérer la qualité des soins; garantir une proximité, des soins de santé accessibles; garantir que le personnel soignant sera traité correctement, sans augmentation de la charge de travail. Je n'ai rien entendu de tout cela, donc je ne suis pas rassurée, monsieur le ministre.

Je trouve aussi, à l'instar de Mme Dedonder, que vous renvoyez la balle aux régions, une fois de plus. Apparemment, on n'a rien appris de la crise du covid: notre pays compte encore toujours tellement de ministres de la Santé. Ceux qui en pâtissent, ce sont le patient et le personnel soignant.

01.15 **Jan Bertels** (Vooruit): Al wordt het niet altijd zo verwoord, ik meen dat we het er allemaal over eens zijn dat kwalitatieve zorg voor de patiënt het uitgangspunt moet zijn. De federale regering en de deelregeringen zijn het over dat uitgangspunt eens. Met het oog op betere zorg voor de patiënt zullen we een aantal zaken moeten hervormen. Een aantal maatschappelijke tendenzen maken dat we onze zorg moeten hervormen, ook al omdat de zorgvraag vandaag gewoon anders is dan 30 jaar geleden, 10 jaar geleden of 50 jaar geleden. We zullen dus iets moeten doen.

Er is een studie besteld bij experts. Anders zeggen we altijd dat er experts geraadpleegd moeten worden. Er is dus een studie besteld bij experts. Daarover loopt momenteel een adviesronde waarbij alle actoren die advies kunnen of mogen geven, dat ook kunnen doen, met inbegrip van de federaties van de ziekenhuizen en de vakbonden. Iedereen die dat wil of kan, mag advies geven.

Laat ons de uitgangspunten honoreren en geen schrikbeeld ophangen. De zorgsector weet zelf heel goed dat er hervormingen moeten gebeuren. U verwijst zelf naar spontane hervormingen die al bezig zijn. Dat gebeurt ook terecht in het kader van het continuüm van de zorg, met afstemming tussen de eerste, tweede en derde lijn. Dat is de facto bezig. Vanuit de overheid moeten we dat begeleiden en faciliteren. De expertenstudie is daar één element van.

De minister en de ministers – het gaat over meer dan één minister – zeggen dat ze rekening zullen houden met de criteria van nabijheid, toegankelijkheid, kwaliteit en taal. Dat heb ik hier allemaal gehoord. Vanuit die optiek zullen we een aantal hervormingen afspreken waarop het terrein zich al voorbereidt. Daar een doembeeld of schrikbeeld rond ophangen, is volgens mij het slechtste wat we kunnen doen voor de zorgactoren zelf. Zij weten ook dat er, gewoon door de demografische veranderingen en de nieuwe zorgvragen, een aantal zaken zullen moeten veranderen. Anders rijden we tegen de muur. Punt.

Zij zullen zich daarop voorbereiden en wij zullen dat als overheid moeten faciliteren, met het continuüm van de zorg en met alle actoren voor ogen, maar niet door schrikbeelden op te hangen en te doen alsof alles kan blijven zoals het is. We weten, als we intellectueel eerlijk zijn, dat dat niet zo is. Laat ons er dan ook voor zorgen dat we die kwaliteitsvolle zorg voor iedereen kunnen blijven garanderen. Dat is de

doelstelling. Daarvoor moeten we gaan en niet voor het ophangen van schrikbeelden.

La **présidente**: Le but n'est pas de semer la panique. Je crois que notre objectif à toutes et tous qui avons posé des questions, et à chacun d'entre nous ici présents, est au contraire d'essayer de trouver, dans la parole du ministre, matière à être rassurés. Rassurer les parlementaires, rassurer les patients et rassurer le personnel soignant. C'est notre objectif.

Ceci clôture ce débat. Nous aurons bien sûr l'occasion d'y revenir lors d'une autre séance.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

[02] Actualiteitsdebat over de onnodige rugoperaties en toegevoegde vragen van

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Overbodige rugoperaties" (56015780C)
- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Panoreportage over rugoperaties" (56015786C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De misbruiken bij de behandeling van rugpijn" (56015815C)
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Panoreportage over rugoperaties" (56015922C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De regionale verschillen in chronische pijnzorg en de gezondheidsuitkomsten" (56015736C)

[02] Débat d'actualité sur les opérations de dos inutiles et questions jointes de

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les opérations du dos inutiles" (56015780C)
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le reportage de l'émission "Pano" sur les opérations du dos" (56015786C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les abus en matière de traitement des maux de dos" (56015815C)
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le reportage de Pano sur les opérations du dos" (56015922C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les différences régionales dans la prise en charge de la douleur chronique et les résultats de santé" (56015736C)

[02.01] Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, in een ophefmakende reportage liet het VRT-programma *Pano* – zo kennen we het – onder de titel "Op de rug van de patiënt" zien hoe patiënten aan de rug werden geopereerd zonder een grondig medisch onderzoek en hoe sommige operaties later zelfs overbodig bleken en zelfs schade toebrachten in plaats van het rugprobleem op te lossen.

Vooreerst moet ik duidelijk kaderen dat de reportage een beperkt aantal casussen door een beperkt aantal artsen beschreef en dat we die praktijken zeker niet mogen extrapoleren naar de algemene artsenpopulatie. Ik ben er nog altijd van overtuigd dat de meeste artsen en ziekenhuizen het rugprobleem op de meest correcte manier proberen aan te pakken, ook in nauw overleg met de patiënt. Mijn eigen mama is een rugpatiënt en in een aantal gevallen zijn sommige patiënten zo ten einde raad dat ze absoluut een operatie wensen. Het verhaal telt dus, zoals steeds vele zijden en moet ook zo worden belicht.

Dat neemt natuurlijk niet weg dat de reportage een aantal pijnpunten heeft blootgelegd. Zo blijkt één regionaal ziekenhuis in West-Vlaanderen meer rugoperaties uit te voeren dan alle universitaire ziekenhuizen samen. Ook al beschikt de overheid over heel veel data waaruit dergelijke scheefftrekkingen hadden moeten kunnen blijken, werden ze nooit gedetecteerd.

Het is begrijpelijk dat men onmiddellijk de link legt met de vergoeding per prestatie, aangezien dat de meest zichtbare verklaring is, maar ze kan natuurlijk ook overtrokken zijn. Wat alleszins correct is, is dat consultaties vaak onvoldoende worden gehonoreerd. Dat is uiteraard een gevolg van de verloning in onze nomenclatuur. Eigenlijk is vooral een goede anamnese van de klachten van de patiënt nodig.

Ze is altijd essentieel.

Klaarblijkelijk is ook multidisciplinair overleg erg belangrijk, zodat de artsen van de betrokken disciplines samen tot een goed onderbouwd behandelingsplan kunnen komen waarbij een chirurgische ingreep al dan niet een meerwaarde kan hebben.

Mijnheer de minister, welke conclusies trekt u zelf uit de vaststellingen van de *Pano*-reportage?

Zal in de herijking van de nomenclatuur meer aandacht gaan naar het honorarium van de arts die een grondige anamnese maakt van de rugklachten van de patiënt?

Hoe wilt u de opstelling van een behandelplan voor rugklachten multidisciplinair faciliteren en dat op een correcte manier vergoeden voor alle deelnemers daaraan?

Kunt u de data, waarover u zeker beschikt, gebruiken om *outliers* inzake chirurgische ingrepen snel te detecteren en ook te laten onderzoeken?

02.02 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik denk dat collega De Knop de aanleiding en de problematiek al correct heeft geschetst. Over een aantal handelingen op het vlak van chronische lage rugpijn mag sterk worden vermoed dat ze niet echt bijdragen aan de gezondheid van de patiënt, maar veeleer aan de beurs van de uitvoerende arts. Net zoals collega De Knop heb ik een aantal vragen, omdat een deel van de gevallen waarover het gaat, toch gedetecteerd zou moeten kunnen worden met de gegevens waarover RIZIV beschikt.

Hoe evalueert u de vaststellingen uit de *Pano*-reportage?

Werden er ondertussen bijkomende onderzoeken of inspecties opgestart of waren de gevallen die daar naar voren kwamen al het onderwerp van lopende onderzoeken?

In welke mate ziet u een verband tussen het huidige prestatiegerichte financieringssysteem en mogelijke overconsumptie of overbehandeling? Welke hervormingen plant u om de negatieve prikkels tegen te gaan die dat met zich meebrengt?

Patiëntenorganisaties en Zorgnet-Icuro pleiten intussen voor meer transparantie, een versterkte meldingsplicht en een betere integratie van medische en administratieve data. Welke concrete stappen zult u zetten om de gegevensdeling en de samenwerking tussen de artsen, de ziekenhuizen, het RIZIV en andere controleorganen te verbeteren? Ik heb daarover ook een schriftelijke vraag ingediend.

Welke bijkomende maatregelen plant u specifiek voor de aanpak van rugklachten? Hoe zult u inzetten op evidencebased en niet-invasieve alternatieven voor chirurgie en infiltratie, zoals multidisciplinaire begeleiding, kinesitherapie of pijneducatie?

02.03 Jan Bertels (Vooruit): De tv-reportage van *Pano* over de behandeling van lage rugpijn heeft een schokgolf veroorzaakt bij vele zorgverleners in de zorgsector en bij vele patiënten. We moeten hierover duidelijk zijn: het merendeel van onze artsen en chirurgen werkt elke dag met het welzijn van hun patiënten voor ogen. Het is cruciaal dat we enerzijds de integere zorgverleners beschermen, en anderzijds het welzijn van de patiënt vrijwaren.

Dat betekent dat we niet kunnen wegkijken van het feit dat een kleine minderheid die patiëntveiligheid en kwalitatieve zorg opoffert voor financieel gewin. Die rotte appels, zoals een professor ze noemde, moeten eruit om het vertrouwen in onze gezondheidszorg te bewaren. Dat verdienen alle anderen die correct werken ook.

Mijnheer de minister, in een reactie stelde u terecht dat zorg geen commerce is. Welke concrete stappen onderneemt u om de controle hierop te versterken?

Wat is de timing en de scope van de audit die hierover is aangekondigd?

Er zijn een aantal gegevens beschikbaar die aantonen dat sommige centra en chirurgen statistisch gezien – het woord statistisch is hier wel belangrijk – enorm overpresteren als het gaat over rugchirurgie

en dure prikbehandelingen in vergelijking met het nationale gemiddelde. Hoe kijkt u naar die cijfers van statistische overprestatie en hoe gaat u daarmee om?

02.04 **Frieda Gijbels (N-VA):** Ik heb eigenlijk een aantal meer algemene vragen over chronische rug- en nekpijn, omdat die klachten tot de belangrijkste oorzaken behoren van verloren gezonde levensjaren in dit land.

Chronische pijn heeft een enorme impact op de zorgconsumptie. Tegelijk stellen we opvallende regionale verschillen vast in de aanpak van chronische pijn. Zo zien we dat het aantal interventionele pijnbehandelingen, zoals infiltraties en zenuwblokkades, in Vlaanderen hoger ligt dan in Wallonië en Brussel. De cijfers tonen ook aan dat het gebruik van opioïden in Wallonië en Brussel dan weer hoger ligt dan in Vlaanderen. Daarover moeten we ons toch zorgen maken, omdat opioïden verslavingsgevoelig zijn en op langere termijn vaak weinig effectief blijken.

Hebt u zicht op de regionale verschillen inzake interventionele pijnbehandelingen, het opioïdengebruik bij chronische pijnklachten, medische beeldvorming bij rug- en nekklachten en langdurige arbeidsongeschiktheid gelinkt aan chronische pijn?

Worden die verschillende parameters vandaag geanalyseerd om na te gaan welke zorgmodellen het meest bijdragen tot pijnreductie, functioneel herstel, arbeidsre-integratie en doelmatige zorg?

Bestaat er vandaag een federale strategie of een evaluatiekader om regionale praktijkvariëaties in de chronischepijnzorg systematisch op te volgen en te beoordelen op basis van gezondheidsuitkomsten?

Het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) wees recent op de nood aan een nationaal pijnplan. Welke initiatieven worden op korte termijn gepland om te komen tot een meer geïntegreerde, transparante en outcomegedreven organisatie van de chronische pijnzorg in België?

02.05 **Minister Frank Vandenbroucke:** Ik denk dat men in reactie op deze uitzending alleen kan beginnen met te zeggen dat de zorg altijd en voor alle patiënten van de hoogst mogelijke kwaliteit en natuurlijk ook betaalbaar moet zijn. Daar moet een billijke vergoeding voor artsen en zorgverleners tegenover staan. Dat alles moet gebeuren in een kader dat niet door winst gedreven mag zijn, want het is inderdaad, zoals de heer Bertels zegt, geen commerce.

Met die uitgangspunten kan men alleen maar met veel verontwaardiging kijken naar een aantal schrijnende situaties die in de reportage van *Pano* werden getoond, waarbij patiënten, soms zonder grondig klinisch onderzoek of voldoende multidisciplinaire evaluatie een ingrijpende behandeling ondergingen, mogelijk met ernstige gevolgen voor hun gezondheid en hun functioneren. Ook de sterke stijging en de grote variaties in de praktijken bij pijninfiltraties roepen belangrijke vragen op.

Ik ga daar meteen iets aan toevoegen waar we ook bij andere gelegenheden op wijzen, namelijk dat men die vaststellingen niet mag veralgemenen naar de grote meerderheid van zorgverleners die elke dag op een integere en hoogstaande manier werken. Ik denk dat die reportage ons herinnert aan onze brede uitdaging met betrekking tot overconsumptie en ongerechtvaardigde praktijkvariëaties. Daarom hebben we binnen het RIZIV onlangs een nieuwe directie Doelmatige Zorg gecreëerd, die op dit moment werkt aan een geïntegreerde meerjarenstrategie inzake praktijkvariëaties en *low-value care*. Die meerjarenstrategie zal binnenkort door de directie Appropriate Care aan het Verzekeringscomité worden voorgesteld.

Tegelijkertijd werden de instrumenten inzake handhaving de voorbije jaren verder versterkt, onder meer via het recent goedgekeurde actieplan Handhaving.

Concreter over het onderwerp geef ik mee dat de voorbije tien jaar al verschillende maatregelen werden getroffen, specifiek voor rug- en pijnpatiënten. Bijvoorbeeld, de *spine*-nomenclatuur werd hervormd en een multidisciplinair *spine consult* ingevoerd. Er werden multidisciplinaire pijncentra opgericht, er kwam een forfait chronische pijn en er werden rapporten over praktijkvariëaties gepubliceerd. Ook werden de terugbetalingsvoorwaarden voor implantaten en neurostimulatoren aangepast. Via sensibiliseringscampagnes werd ingezet op het vermijden van onnodige medische beeldvorming bij lage rugpijn. Bovendien wordt ook rechtstreekse toegang tot kinesithérapie ingevoerd.

Ook bij de begrotingsopmaak 2026 werd al ingegrepen via een tijdelijke vermindering van 10 % voor rugingrepen, gekoppeld aan de vraag aan de sector om voor het einde van mei 2026 met alternatieve structurele voorstellen te komen, gericht op volumebeheersing.

Dat is wat we de voorbije tien jaar en heel recent hebben beslist. We moeten echter bijkomende stappen zetten. Daarom hebben we meteen ingezet op een audit op ziekenhuisniveau met betrekking tot praktijkvariaties in rugchirurgie en pijninfiltraties. Daarom zullen we ook de nomenclatuur, met name het multidisciplinaire consult, en de vergoedingsvoorwaarden voor pijninfiltraties aanscherpen.

De audit zal worden uitgevoerd door de cel Doelmatige Zorg van het RIZIV, in eerste instantie op basis van beschikbare nomenclatuurgegevens van rugchirurgie en pijninfiltraties. Die eerste data-analyse en -interpretatie moet mogelijk zijn tegen het einde van het huidige kalenderjaar. Daarbij zal overleg plaatsvinden met ziekenhuizen en beroepsverenigingen, zodat praktijkvariaties correct kunnen worden geïnterpreteerd in het licht van de huidige stand van de wetenschap.

Het multidisciplinaire *spine consult* werd ingevoerd in 2022, na jarenlange discussies over de sterke toename van de rugoperaties. De bedoeling was net om de multidisciplinariteit beter te organiseren en ook te vergoeden en om complexe dossiers vooraf samen te bekijken met chirurgen, revalidatieartsen en pijnspecialisten, zodat de indicatiestelling beter onderbouwd gebeurt.

Vandaag zien we echter dat het multidisciplinaire *spine consult* nog te vrijblijvend wordt ingezet en onvoldoende gericht is op de oorspronkelijke doelstelling. Daarom zal het RIZIV samen met de betrokken beroepsverenigingen bekijken in welke gevallen een voorafgaand multidisciplinair overleg verplicht moet worden gemaakt. Dat wil zeggen dat rugchirurgie enkel terugbetaald wordt indien er voorafgaand een positief advies vanuit het multidisciplinaire *spine consult* aan gekoppeld is. Dat brengt wel bijkomende kosten met zich mee, maar als dat nodig is om patiënten beter te beschermen tegen onnodige of onvoldoende onderbouwde ingrepen, dan moeten we die discussie voeren.

Ook de vergoedingsvoorwaarden voor infiltratietherapie voor pijn zijn aan een grondige doorlichting toe. De sterke stijging van het aantal verstrekkingen, de grote praktijkvariaties en de hoge frequentie waarmee sommige infiltraties worden herhaald, maken duidelijk dat dit prioritair moet worden bekeken binnen de Technische Geneeskundige Raad.

We moeten in deze chronische pijnproblematiek dus nog sterker evolueren naar zorg die focust op het functioneren, de levenskwaliteit en de re-integratie, onder meer ook in het kader van het terug-naar-werkbeleid. Dat vraagt een sterkere multidisciplinaire aanpak, met voldoende aandacht voor niet-invasieve behandelingen zoals kinesitherapie, pijneducatie en beweging en met invasieve interventies daar waar ze wetenschappelijk onderbouwd en werkelijk aangewezen zijn. Dat alles moet gebeuren in nauw overleg met de betrokken beroepsgroepen en in lijn met de actuele wetenschappelijke evidentie.

Sommige vragen waren nog iets specifiek. De publiek beschikbare cijfers van Healthy Belgium tonen inderdaad regionale verschillen aan inzake interventionele pijnbehandeling, opioïdengebruik en medische beeldvorming. Ik ben voorlopig een beetje voorzichtig in mijn interpretatie daarvan omdat wat de interventionele pijnbehandeling betreft, er binnen het artsencorps en het breder wetenschappelijk veld een belangrijk debat over de meerwaarde van herhaaldelijke infiltratieve behandelingen bij chronische pijn bestaat. Dat is een kwestie die ook wel kort aan bod kwam in *Pano*.

Uit de gegevens van het Kenniscentrum Arbeidsongeschiktheid van het RIZIV blijkt daarnaast dat chronische lage rugpijn een van de belangrijkste oorzaken is van arbeidsongeschiktheid. Zo bestaat er ook een belangrijke link met het terug-naar-werkbeleid. Binnen het RIZIV wordt nu gekeken hoe gegevens inzake terugkeer naar werk en langdurige arbeidsongeschiktheid beter kunnen worden gekoppeld aan de analyse van praktijkvariaties, zodat die vervolgens ook in de audit kunnen worden opgenomen.

Het is dus belangrijk dat we evolueren van loutere volumemetingen naar evaluatie op basis van gezondheidsuitkomsten, zoals functioneren, levenskwaliteit en terugkeer naar werk.

Wat de brede aanpak van chronische pijn betreft, wordt inderdaad aanbevolen te evolueren naar een meer geïntegreerde en interfederale aanpak in de verschillende domeinen van zorg, werk en welzijn. Dat vraagt overleg tussen de beleidsniveaus, maar op korte termijn nemen we al bijkomende stappen

via de audit rond rugchirurgie en pijninfiltraties, de verdere uitwerking van de strategie Doelmatige Zorg, het aanscherpen van de nomenclatuur en de vergoedingsvoorwaarden voor pijninfiltraties en het versterken van niet-invasieve alternatieven. Binnen de lopende hervorming van de nomenclatuur wordt ook meer in het algemeen aandacht besteed aan intellectuele prestaties, multidisciplinair overleg en een correcte vergoeding voor de evaluatie en opvolging bij complexe pijnproblematiek. Dat moet bijdragen tot een betere valorisatie van raadplegingen in het algemeen, klinische evaluatie en anamnese. Los daarvan zal het RIZIV samen met de betrokken beroepsverenigingen ook op korte termijn bekijken hoe we het multidisciplinaire *spine consult* en de vergoedingsvoorwaarden voor pijninfiltraties kunnen aanscherpen, zoals ik daarnet heb gezegd.

De audit op ziekenhuisniveau wordt dus opgestart en zal worden uitgevoerd door de cel Doelmatige Zorg. In eerste instantie gebeurt dat op basis van beschikbare nomenclatuurgegevens. De eerste data-analyses en de interpretatie daarvan moeten tegen het einde van dit kalenderjaar mogelijk zijn. Daarbij zal overleg plaatsvinden met de ziekenhuizen en beroepsverenigingen, zodat praktijkvariaties correct kunnen worden geïnterpreteerd in het licht van de huidige stand van de wetenschap.

Daarnaast, mijnheer Van Lysebettens, blijft het inderdaad essentieel dat patiënten correct worden geïnformeerd over de voor- en nadelen van verschillende behandelingsopties, inclusief niet-invasieve alternatieven en verwachtingen op lange termijn. We moeten correct communiceren over het wetenschappelijke debat over de meerwaarde van herhaaldelijke pijninfiltraties en de verschillende visies die daarover binnen de medische wereld bestaan. Het is niet evident daarin zomaar vanuit het beleid te beslissen als er nog discussie bestaat binnen de beroepsgroep. Daarom is het belangrijk maximaal in te zetten op evidencebased en niet-invasieve alternatieven zoals kinesithérapie, pijneducatie, bewegen en multidisciplinaire begeleiding, met aandacht voor duurzame resultaten inzake functioneren, levenskwaliteit en terugkeer naar werk.

Wat de handhaving betreft, hebben we de instrumenten de voorbije jaren versterkt, dat weet u. Ik verwijs naar het actieplan Handhaving, de versterking van de Federale Toezichtcommissie en het wetsontwerp dat we zojuist hebben goedgekeurd. Ook het Fonds voor de medische ongevallen speelt een belangrijke rol bij dossiers rond mogelijke medische schade. Vandaag houdt het Fonds voor de medische ongevallen echter nog geen systematische statistieken bij op het niveau van individuele zorgverstrekkers en behandelt het uiteraard alleen dossiers waarvoor effectief een aanvraag wordt ingediend. Tegelijk bekijken we hoe terugkerende signalen beter kunnen worden gedetecteerd en hoe feedback aan ziekenhuizen verder kan worden versterkt, uiteraard binnen het bestaande wettelijke kader en met respect voor de privacy.

Mijnheer Van Lysebettens heeft ook schriftelijke vragen gesteld. Ik zal die antwoorden zo snel mogelijk bezorgen.

Wat een nationaal pijnplan betreft, er bestaan inderdaad aanbevelingen van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg rond chronische pijn. Ik verwijs daarnaar.

Een van de vragen gaat ook over de erkenning van algologie. Wat die erkenning betreft, werd die piste de voorbije jaren herhaaldelijk behandeld binnen de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. Daar bestaat momenteel geen consensus. Er bestaan binnen en tussen de verschillende disciplines uiteenlopende visies. We zullen de gesprekken daarover opnieuw opstarten om te bekijken welke piste het meest aangewezen is, onder meer via een eventuele erkenning of een systeem van bijkomende certificering of *credentials*.

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

Zoals u dat altijd zeer deskundig doet, hebt u een heel aantal maatregelen opgesomd die zeker hun nut kunnen en zullen hebben. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het verplichte multidisciplinaire overleg voorafgaand aan de toestemming voor de terugbetaling van een rugoperatie. Dat is zeer nuttig. Ook de audit waarnaar u verwijst, op ziekenhuisniveau door de Cel Doelmatige Zorg van het RIZIV, is erg interessant.

U blijft zeggen dat publieke cijfers sterke regionale verschillen vertonen en dat we voorzichtig moeten zijn met de interpretatie daarvan, omdat dit verder moet worden onderzocht. De rode draad in dit dossier, naar aanleiding van de *Pano*-reportage, maar ook naar aanleiding van eerdere schandalen of

praktijken, zoals de begeleiding van langdurig zieken door mutualiteiten, is evenwel dat u toch altijd een beetje in een defensiestrategie zit. U moet altijd reageren op wat zich voordoet. Ik merk in uw antwoorden weinig over de manier waarop ons beleid anticipeert op dit soort problematieken.

De *Pano*-reportage komt natuurlijk niet uit de lucht vallen. We weten allemaal dat heel veel mensen klachten hebben van lage rugpijn. We weten al jaren dat het aantal operaties sterk stijgt. We weten al heel lang dat preventie essentieel is: voldoende bewegen, gezonde voeding, kinesithérapie en andere vormen van ondersteuning. Toch hollen we in onze gezondheidszorg vaak de feiten achterna.

Laat dit dan ook een oproep zijn om, zeker gelet op wat zich nu voordoet, dat systematisch op te volgen en daarover op een systematische en continue manier te rapporteren, zodat toekomstige collega's in de Kamer binnen vier jaar niet opnieuw dezelfde vragen moeten stellen. Dat is het gevoel dat bij mij overblijft na uw uitgebreide antwoorden, die vooral blij geven van veel damagecontrol achteraf.

02.07 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel voor uw antwoorden, mijnheer de minister.

Defensief, jazer, maar damagecontrol moet ook gebeuren als de schade al is aangericht. Ik kijk uit naar de antwoorden op de schriftelijke vragen, maar ik neem alvast een aantal zaken mee.

Ten eerste, er wordt nu een audit op ziekenhuisniveau uitgevoerd, waarvan we de resultaten tegen het einde van dit kalenderjaar verwachten. Ik zal dat opvolgen. Ik versta dat dit ook voor u nieuws was, terwijl de statistieken wel degelijk beschikbaar waren en we wel degelijk al regionale verschillen op ziekenhuisniveau zagen in de behandeling van rugklachten. Voor mij blijft het dus onduidelijk waarom het RIZIV daar zelf niets mee heeft gedaan, gelet op de statistische verschillen die er waren. Het is waar, mijnheer Bertels, statistiek is hier een belangrijk woord, maar zulke verschillen moeten ons toch aansporen om eens van naderbij te bekijken wat de oorzaken zijn en of het allemaal wel terecht is.

Ten tweede, u zegt dat er een medische discussie bestaat over de effectiviteit van een aantal behandelingen en dat de ene praktijk verschilt van de andere. Wat ik dan niet begrijp, is waarom die behandelingen ogenschijnlijk door het RIZIV allemaal gelijkgeschakeld worden, wat de terugbetaling betreft.

We zullen in de nabije toekomst in de discussie rond de ziekenfondsen wellicht aangeven dat we van ziekenfondsen verlangen dat ze waken over de gezondheid van de mensen die ze behandelen en dat ze behandelingen terugbetalen en ondersteunen die de gezondheid van de patiënt ten goede komen. Ik verwacht hetzelfde van de medische praktijken in dit land. Als er nog veel medische onenigheid bestaat over bepaalde behandelingen, dan vind ik niet dat wij die als overheid moeten gelijkenschakelen.

Ten slotte ging u op het einde kort in op multidisciplinaire behandelingen enzovoort. Ik denk dat er ook een zeer belangrijke taak is weggelegd voor preventie. Bij lage rugpijn geldt 'beter voorkomen dan genezen'. Dat is niet volledig uw verantwoordelijkheid. Ik kijk daarvoor ook naar de Codex over het welzijn op het werk van uw collega Clarinval, die binnenkort komt. Op dat vlak is er nog heel veel werk aan de winkel, want lage rugpijn is inderdaad een van de grote redenen voor langdurige arbeidsongeschiktheid.

02.08 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw omstandige antwoord.

Voor de Vooruitfractie blijken daaruit drie belangrijke zaken.

Ten eerste, ik zal het nog even herhalen, zorg is geen handel. Als er echt alleen zorg wordt verstrekt uit puur winstbejag, los van de kwaliteit voor de patiënt, dan moeten wij daarop handhaven. Dat handhavingsplan moet ook in die concrete vaststellingen worden geconcretiseerd.

Ten tweede moet naar de audit op ziekenhuisniveau en de praktijkvariatie worden gekeken. Daar moeten ook verklaringen voor komen, want de beroepsgroepen zelf blijven daarover intern discussiëren, zoals ook de heer Van Lysebettens aanhaalde. We moeten ter zake evidencebased uitsluitel proberen te krijgen van anderen die de beroepsgroep daarin mee kunnen helpen.

Daar is volgens mij een taak weggelegd voor de nieuw opgerichte cel van de afdeling Doelmatige Zorg, *Appropriate Care*, waarnaar u expliciet hebt verwezen. Die cel zal moeten bekijken welke zorg nu het

meest doelmatig is. Ik zal voorzichtig zijn, want misschien zijn beide enigszins doelmatig. Ik ben geen arts en laat dat dus over aan de specialisten.

Ten derde, ook hier is, zoals op heel veel terreinen, multidisciplinariteit van essentieel belang. De oefening om het multidisciplinaire consult in bepaalde situaties verplicht te maken, is volgens mij de juiste weg vooruit.

Daarbij aansluitend, hoewel dat wat buiten de nomenclatuur valt, komen wij wat lage rugpijn of chronische pijn in het algemeen betreft op een kruispunt van verschillende beleidsdomeinen. Preventie, welzijn, zorg, herstel en terugkeer naar werk komen daarin allemaal samen. Het is belangrijk dat wij de patiënt of de betrokkene die aan chronische pijn lijdt als een geheel persoon bekijken en dat wij vanuit het beleid over de silo's heen stappen. Wij moeten ook hier beleidsmatig multidisciplinair samenwerken om de patiënt in zijn geheel te kunnen behandelen, te laten herstellen en opnieuw in goede gezondheid te laten leven.

02.09 Frieda Gijbels (N-VA): Die chronische pijnen door dat musculoskeletale probleem zijn echt wel een maatschappelijk gegeven dat we moeten aanpakken. Het raakt aan zoveel andere aspecten. Het heeft zeker een wisselwerking met de mentale gezondheid en het heeft repercussies op arbeidsongeschiktheid. Het is een van de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Het is dus zeker iets waar onze aandacht naar uit moet gaan.

Zo'n uitzending als *Pano* is wel goed om een bepaald probleem aan te kaarten, maar ze geeft meestal geen heel correct beeld van hoe het er in werkelijkheid aan toe gaat. In de meeste gevallen loopt het wel op een juiste manier en zullen de artsen wel met de beste intenties kijken naar de problemen van de patiënt.

We hebben ook heel goede specialisten voor pijnproblemen en musculoskeletale problemen. Ik hoop dat die ook goed betrokken worden bij het analyseren van de verzamelde data. Ik meen dat het daarbij belangrijk is niet te focussen op interventies en chirurgie alleen en op insputingen. Er moet ook worden gekeken naar langdurig opioïdengebruik, dat toch niet wenselijk is. Ik meen dat dit zeker niet *the way to go* is.

Hopelijk komen uit dit alles een aantal richtlijnen voor goede praktijken. Belangrijk daarbij is dat die gedeeld worden met de algemene bevolking, met het brede publiek. Het moet op een begrijpelijke manier gecommuniceerd worden, omdat de mensen verwachten, als ze te maken krijgen met lage rugpijn of met nekpijn, dat er een CT of een MRI gemaakt wordt, dat er een insputing gegeven wordt, dat er chirurgie plaatsvindt. Er is toch een zekere educatie van het publiek nodig, om de mensen ervan op de hoogte te brengen dat chirurgie zeker niet altijd de beste oplossing is en dat er veel meer mogelijkheden zijn, bijvoorbeeld kine, pijneducatie of beweging in het algemeen.

Kortom, het is zeker goed dat de aandacht hier nu naartoe gaat, maar ik hoop dat de analyse op een juiste manier gebeurt en dat die kan leiden tot een goed kader waar we met zijn allen beter van worden.

02.10 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Ik ben toch wel een beetje verbaasd over de N-VA. Wanneer er in sommige commissies over misbruik wordt gesproken, is het kot te klein. Hier wordt echter geen woord gezegd over een toch wel schandalige reportage waarin schandalige praktijken aan het licht zijn gekomen. Professor Morlion van de pijnkliniek van UZ Leuven zegt bijvoorbeeld: "Wekelijks zie ik patiënten van wie ik me afvraag waarom ze in godsnaam geopereerd zijn." Het gaat dus om patiënten die door artsen verkeerd behandeld zijn en die daardoor vaak ook chronische pijn ontwikkelen. Dat brengt uiteraard ook kosten mee voor onze maatschappij.

Wat de oplossing betreft, mijnheer de minister, denk ik dat er een belangrijk element is waar u weinig aandacht aan hebt besteed. Er bestaat een volksgezegde dat zegt dat men de kat niet bij de melk moet zetten. Dat geldt ook voor de financiering van ons systeem. De manier waarop wij onze gezondheidszorg financieren, stuurt aan op opereren en op het uitvoeren van technische handelingen die opbrengsten genereren. Operaties en technische handelingen worden goed vergoed, terwijl psychologische behandeling, preventie en multidisciplinair samenwerken veel minder worden vergoed. Uiteraard hoor ik u dan zeggen dat u het multidisciplinair overleg wilt herwaarderen, maar u neemt geen afstand van het systeem van prestatiegeneeskunde. Ik denk dat we ons daar toch vragen bij moeten stellen.

Waarom wordt een arts betaald op basis van het aantal prestaties? Waarom moet alles per handeling worden gefinancierd? Moeten we daar geen komaf mee maken? Dat is alleszins wat wij denken. Financier op basis van populatie, kwaliteit enzovoort, maar niet langer op basis van prestaties. Investeer ook echt in preventie en multidisciplinaire samenwerking.

Daarnaast heb ik u ook weinig horen zeggen, mijnheer de minister, over een echte aanpak en controle van het aantal betrokken artsen. U spreekt over een audit waarvan tegen eind december resultaten zouden kunnen volgen. Dat lijkt mij allemaal toch vrij voorzichtig. Ik verwacht dat artsen die nutteloze operaties uitvoeren stevig en kordaat worden aangepakt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le programme de sevrage Ambutox" (56014585C)**

03 **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Ambutox-ontwenningprogramma" (56014585C)**

03.01 **Katleen Bury (VB):** Ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

Een jaar geleden startte de Verslavingskoepel in Geel het ambulante ontwenningprogramma Ambutox. Dit project laat mensen met een verslaving aan alcohol, drugs of medicatie thuis afkicken, onder medische begeleiding van hun eigen huisarts, die op zijn beurt wordt ondersteund door professionals en ervaringsdeskundigen. Na één jaar kunnen al 156 deelnemers worden geteld, wat volgens de initiatiefnemers een groot succes is. Het programma blijkt bijzonder waardevol voor mensen die anders door de mazen van het zorgnet zouden glijpen.

Ambutox is ontwikkeld binnen het Transmuraal Zorgpad Verslaving van het Ziekenhuisnetwerk Kempen, waarbij Ziekenhuis Geel, AZ Herentals, AZ Turnhout en het Heilig Hartziekenhuis Mol samenwerken met de Verslavingskoepel en een netwerk van ervaringsdeskundigen.

De minister bracht op 11 maart een werkbezoek aan Ziekenhuis Geel en prees het Kempense model voor geïntegreerde verslavingszorg als een veelbelovende aanpak die de zorg dicht bij de patiënt brengt. Hij gaf toen ook aan te willen onderzoeken hoe dit project structureel ondersteund kan worden en eventueel uitgerold naar andere regio's.

Ik had hierover de volgende vragen:

Heeft de minister reeds concrete stappen gezet sinds zijn bezoek om deze aanpak verder uit te werken of op te schalen? Overweegt de minister hiervoor een financiering of erkenning? Hoe zal de minister garanderen dat de zorgverleners voldoende ondersteund worden om deze vernieuwende vorm van thuisontwenning veilig en doeltreffend te begeleiden?

03.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Bury, naar aanleiding van een werkbezoek aan het project Ambutox op 11 maart kan ik benadrukken dat dat initiatief echt een innovatieve praktijk vormt binnen de zorg voor personen met een verslavingsprobleem. Ambutox biedt ambulante detoxificatie aan onder begeleiding van de huisarts, ondersteund door een huisarts-expert, een ervaringsdeskundige en een multidisciplinair netwerk. Dat versterkt de eerste lijn, verbetert de continuïteit van zorg en helpt opnames of heropnames te vermijden.

De aanpak sluit aan bij het federale beleid rond zorgtrajecten voor personen met problemen door illegale middelen. Sinds 2024 beschikt elk netwerk van geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen over een dergelijk project, goed voor samen ongeveer 7,5 miljoen euro per jaar. Die projecten versterken de netwerken met multidisciplinaire teams en zetten in op samenwerking tussen ziekenhuizen, mobiele teams, ambulante zorg en welzijnsactoren. Ambutox is deels geïntegreerd in het netwerk Kempen en Limburg via middelen uit die projecten. De administratie onderzoekt hoe dergelijke praktijken verder kunnen worden gevaloriseerd binnen de federale bevoegdheden en welke actoren reeds ambulante detoxificatie aanbieden. Ook de inzet van ervaringsdeskundigen wordt in kaart gebracht.

03.03 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, het is belangrijk dat dat verder onderzocht wordt. De zaken die ik daarover gelezen heb, ook naar aanleiding van uw bezoek, zagen er veelbelovend uit.

Het is een enorme ontlasting voor mensen die in een ziekenhuis moeten verblijven of in de psychiatrie terechtkomen. Zo'n ontwenningprogramma thuis kunnen volgen en dan ambulant verzorgd worden, is volgens mij een manier waarop het er in de meeste gevallen aan toe zou moeten kunnen gaan. Zeker in eerste instantie zou men het op die manier moeten proberen. Ik hoop dus dat het niet te lang duurt voor er iets uitgerold kan worden over een veel groter gebied om er dan op ruimere schaal mee van start te gaan.

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

La **présidente**: Mme Muylle n'est pas présente pour sa question n° 56014597C.

04 Samengevoegde vragen van

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verhoging van het remgeld bij artsen" (56014648C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verhoging van het remgeld bij specialisten" (56016109C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De invulling van de besparingsmaatregelen van 125 miljoen euro" (56016132C)

04 Questions jointes de

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du ticket modérateur chez le médecin" (56014648C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du ticket modérateur auprès des spécialistes" (56016109C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La concrétisation des mesures d'économie à hauteur de 125 millions d'euros" (56016132C)

04.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, nous avons lu hier dans *L'Echo* que, dans l'accord budgétaire, il était mentionné que vous aviez décidé d'augmenter le ticket modérateur à hauteur de 125 millions d'euros. Dans un rapport d'experts, deux choses étaient mentionnées: les experts conseillaient de ne pas augmenter le ticket modérateur chez les médecins généralistes, mais ils proposaient d'augmenter le ticket modérateur chez les médecins spécialistes, dans la biologie clinique, pour les scanners et pour les hospitalisations de jour.

Il est évident qu'avec mon groupe, nous ne soutenons pas du tout cela. Quels sont exactement les plans maintenant? Ne pensez-vous pas que les Belges payent déjà beaucoup de leur poche en ticket modérateur? Est-ce vraiment une bonne idée d'encore augmenter cela? Allez-vous suivre l'idée de ne pas augmenter le ticket modérateur chez les médecins généralistes?

04.02 Irina De Knop (Anders.): Dank u wel om ons de gelegenheid te geven om zo snel op de actualiteit te kunnen inspelen en die vragen hier te stellen.

De problematiek is uitgebreid aan bod gekomen in de media. Het oorspronkelijke opzet was inderdaad om een drempel op te werpen – een lage drempel – tegen mogelijke overconsumptie, in wat natuurlijk nog altijd vlot toegankelijke gezondheidszorg moet zijn. De terugbetaling van dat remgeld door ziekenfondsen vinden we nogal ongepast en we hebben in die zin dan ook een voorstel voorbereid om daarmee komaf te maken.

De begroting van de ziekteverzekering voorziet nu in een besparing van 125 miljoen euro op remgelden. We hebben begrepen dat de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS) belast is met de oefening hoe die besparing het best kon worden gerealiseerd. De minister heeft daar ook al een aantal keren naar verwezen in de plenaire vergadering.

Die commissie stelt nu voor om een aantal maatregelen te nemen, vooral bij de artsen-specialisten, goed voor in totaal 62 miljoen euro. Verder zou nog 35 miljoen euro moeten voortkomen uit een verhoging van de remgelden voor klinische biologie en 19 miljoen euro uit een hoger remgeld op scans. Tegelijkertijd zou nog eens 11,5 miljoen euro worden gerealiseerd door de tarieven op te trekken voor dagopnames in het ziekenhuis en op die manier dagopnames in dagziekenhuizen en gewone ziekenhuizen op elkaar af te stemmen.

We begrijpen dat de commissie er op die manier voor kiest om chronisch zieken met ernstige aandoeningen, zoals kanker of Parkinson, die ook heel vaak een specialist moeten consulteren en geen verhoogde tegemoetkoming genieten, opnieuw extra te laten betalen. Dat zijn nochtans mensen die al heel veel uitgaven hebben waarin de ziekteverzekering niet tussenkomt. We blijven dus relatief kritisch voor de uitkomsten van die expertengroep. We zijn dan ook erg benieuwd hoe de Algemene Raad van het RIZIV daar verder mee zal omgaan.

Ik kom tot mijn vragen, mijnheer de minister.

Wat is uw houding ten aanzien van de voorstellen van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen? Bent u het eens met die voorstellen en zult u in de Algemene Raad ook de verdediging ervan opnemen?

Ik ga nog even verder in op de problematiek van chronisch zieke patiënten die geen verhoogde tegemoetkoming genieten, maar toch heel regelmatig arts-specialisten moeten consulteren omdat ze een ernstige ziekte hebben. We denken dat een verhoging van het remgeld voor die patiënten een extra financiële drempel wordt om voldoende regelmatig naar die arts-specialisten te gaan.

Een andere vraag die we ons blijven stellen, is of u werkelijk niets wilt doen aan onnuttige consultaties bij huisartsen. We weten dat beroepsverenigingen voor huisartsen vragen om die remgelden op te trekken, ook bij mensen die de verhoogde tegemoetkoming genieten. Ik heb toch begrepen dat dat een aanzienlijk aantal miljoenen euro's zou kunnen opleveren, die waar nodig kunnen worden geherinvesteerd in de zorg.

Tot slot, hoe denkt u patiënten te responsabiliseren met betrekking tot klinische biologie en scans, terwijl dat net prestaties zijn waartoe de patiënt zonder voorschrift geen toegang heeft? Wat ons betreft, is de perceptie dat daarvan te veel gebruikgemaakt wordt toch enigszins overtrokken.

04.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: U weet dat de regering beslist heeft om een investering in de gezondheidszorg – onder meer een belangrijke investering die we willen doen in het zorgpersoneel – voor een stuk te financieren door het aanpassen van de remgelden.

Daarbij speelt mee dat de remgelden al vele jaren niet meer geïndexeerd zijn. We gaan echter niet over één nacht ijs. We hebben over die kwestie dus een advies gevraagd aan de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen, onder leiding van professor Erik Schokkaert. Dat advies is uitgeschreven.

Dat is op 11 mei besproken in het Verzekeringscomité en op 18 mei in de Algemene Raad. Dat advies is absoluut bestemd voor het publiek. Op dat vlak is er geen moeilijkheid. Ik heb het RIZIV dus gevraagd om dat advies zo snel mogelijk ook officieel publiek te maken. Ik denk niet dat het nu al op de website staat, maar het is wel de bedoeling om dat advies zo snel mogelijk publiek te maken.

Dat advies is besproken. Het moet nu binnen de regering besproken worden en dat verhindert mij eigenlijk om daar vandaag al een voorschot op te nemen. Ik zal dus niet zeggen wat ik zelf denk te moeten doen qua aanpassingen van remgelden om aan dat bedrag van 125 miljoen te komen op een manier die sociaal rechtvaardig is en beantwoordt aan doelstellingen van toegankelijkheid, maar ook van goed gebruik van de gezondheidszorg, want daarover gaat het. Dat is de doelstelling.

Voorzitter: Hervé Cornillie.

Président: Hervé Cornillie.

Ik zal daar op dit moment geen antwoord op geven. Ik wil wel beklemtonen dat de opbrengst moet worden gebruikt voor prioritaire noden in de gezondheidszorg, met name om binnen enkele jaren

voldoende geld te hebben om te kunnen investeren in het zorgpersoneel, de arbeidsvoorwaarden en het aantal mensen rond het bed. Dat moeten we echt kunnen doen. Daarvoor dient op termijn vooral die aanpassing van de remgelden.

Ik laat u dus een beetje op uw honger, wat mijn persoonlijke visie betreft. Ik wil dat eerst binnen de regering bespreken.

Er zijn een paar zaken aangestipt die ik ook belangrijk vind. Er is aangestipt dat we moeten nadenken over de eerste lijn versus gespecialiseerde zorg in de tweede lijn. Inderdaad, dat is een van de elementen die besproken zijn en waarin het advies ook elementen aanreikt op basis waarvan we beslissingen moeten nemen.

Ten tweede geloof ik heel sterk in de maximumfactuur, omdat patiënten die getroffen worden door een optelsom van remgelden – die uiteindelijk veel kan betekenen en zwaar kan wegen op de portemonnee van bepaalde patiënten – beschermd worden door de maximumfactuur. Weten dat men op een bepaalde manier gezinnen waar veel uitgaven zijn voor gezondheidszorg beschermt, als die uitgaven inzake remgelden al te zwaar beginnen aan te tikken in het budget van die gezinnen, is toch een zeer belangrijk gegeven als men nadenkt over aanpassingen van remgelden. We moeten aanpassingen van remgelden dus bekijken terwijl we in het achterhoofd houden hoe de maximumfactuur functioneert.

Dat brengt mij bij een derde punt, dat kort is aangestipt door mevrouw Merckx. Als mensen in ons land een eigen bijdrage betalen, dan gebeurt dat natuurlijk onder meer ook in de vorm van supplementen boven op de remgelden. Ereloonsupplementen zijn een groeiend probleem en u weet dat wij ons voornemen om daar ook een duidelijk kader voor te creëren, met beperkingen, plafonds en limieten voor ereloonsupplementen, zowel in ziekenhuizen als in de ambulante sector.

We hebben aan de ziekenfondsen en de organisaties van zorgverleners – artsen, tandartsen, kinesitherapeuten en alle andere zorgverleners – gevraagd om tegen midden 2027 voorstellen te doen met betrekking tot de plafonnering van ereloonsupplementen. Ik hoop dat die voorstellen er komen in consensus, anders zal de regering zelf beslissen.

Het is wel dat geheel dat we zullen moeten bekijken: genoeg geld verzamelen om te investeren in de gezondheidszorg, in prioritaire noden en met name ook in het personeel. Dat doen we onder meer via aanpassingen van remgelden, op een manier die eerlijk, correct en rechtvaardig is, die rekening houdt met de rol van de eerste lijn versus de rol van specialistische zorg.

We moeten erover nadenken hoe de maximumfactuur een bescherming vormt tegen een optelsom van remgelden waarmee mensen geconfronteerd kunnen worden. We moeten inderdaad ook het probleem van de ereloonsupplementen boven op de remgelden aanpakken.

Dat is onze agenda.

04.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Je vous remercie monsieur le ministre.

D'après ce que j'ai compris de vos explications, il s'agit clairement de faire des économies dans les soins de santé et de les faire payer aux patients, bien plus que de chercher à aller vers un système où les soins sont utilisés de manière réellement efficace.

Vous évoquez le maximum à facturer pour protéger les patients lorsqu'ils doivent payer trop de ticket modérateur. Mais jusqu'ici, 90 % de la population n'y a pas droit. Heureusement, elle n'atteint pas des niveaux de coûts en soins de santé aussi élevés.

Pour moi, ces mesures constituent donc une nouvelle atteinte au pouvoir d'achat de la population. Je rappelle que l'année passée, en Belgique, un patient sur quatre a postposé des soins de santé parce qu'il ne pouvait pas se les permettre. Aujourd'hui, nous allons clairement dans le sens inverse de ce qu'il faudrait faire.

J'espère de tout cœur que la consultation chez le médecin généraliste ne sera pas rendue plus chère. Quand je vois les problèmes budgétaires de notre pays, je me demande vraiment si c'est aux patients de les résoudre, à coups de quelques euros ici et là. Pour le patient, cela peut faire une vraie différence,

alors que pour le budget global, dans un contexte où l'on cherche 7 milliards, il existe peut-être d'autres solutions.

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

Het merendeel van uw antwoord heb ik ook via de media en de pers kunnen vernemen. U geeft duidelijk aan dat dit alles nog besproken moet worden binnen de regering. U bent zeer voorzichtig en u wilt geen uitspraken doen over de manier waarop u daarmee omgaat.

Ik vind het betreuenswaardig dat u persoonlijk niet aangeeft hoe u tegenover de resultaten van dat onderzoek staat, want u hebt ongetwijfeld zelf een mening daarover. Ik kan dan ook niet anders dan vaststellen dat we, zoals bij alle discussies in de commissie voor Gezondheid, zeer snel in de begrotingsdiscussie belanden. Enerzijds wil de N-VA duidelijk besparen in de gezondheidszorg, anderzijds wilt u herinvesteren in de zorg met de middelen die via de besparing worden vrijgemaakt. Voor beide standpunten heb ik begrip.

Wat ik echter niet begrijp, en waarvoor ik toch wil waarschuwen, is dat die besparing ook en vooral moet worden doorgevoerd met het oog op een zo goed mogelijke en correcte toegang tot de zorg. Daarbij moeten overconsumptie en mogelijke misbruiken worden aangepakt. Vanuit het werkveld vernemen we dat heel wat consultaties niet altijd noodzakelijk zijn. Het feit dat het remgeld zo laag is, zorgt ervoor dat er weinig tot geen drempels bestaan.

We vinden het betreuenswaardig dat dat niet ook voor de eerste lijn, met name bij de huisarts, wordt bekeken. Wij denken dat daar in essentie het probleem ligt. Artsen-specialisten worden pas geraadpleegd na doorverwijzing, zodat het probleem zich daar in mindere mate zou mogen voordoen. Als er moet worden bespaard en men links en rechts geld moet zoeken, kan ik daar ook nog begrip voor opbrengen.

Het is echter jammer dat een aantal echte problemen niet wordt aangepakt. Het betreft niet alleen de overconsumptie bij bijvoorbeeld huisartsen, maar ook in de tandzorg, waarvoor patiënten hoge eigen bijdragen moeten betalen. Dat probleem wordt vandaag niet onmiddellijk aangepakt.

We kijken uit naar de verdere besluitvorming van deze regering. Ik begrijp dat de discussie over het remgeld erg gevoelig ligt in het geheel van de begrotingsbesprekingen. We zijn dus nog heel ver verwijderd van de 7 miljard euro die gezocht wordt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56014684C van mevrouw Eggermont wordt uitgesteld.

05 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het UMC Sint-Pieter" (56014686C)

05 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le CHU Saint-Pierre" (56014686C)

05.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, u weet dat we met onze commissie voor Gezondheid een bezoek hebben gebracht aan het UMC Sint-Pieter in Brussel. Daar hebben we met onze eigen ogen en via de verhalen van de zorgverleners kunnen vaststellen dat dat ziekenhuis nog een belangrijke maatschappelijke waarde heeft in Brussel. Als openbare zorginstelling in het hart van onze hoofdstad vormt Sint-Pieter een onmisbaar vangnet voor de meest kwetsbare populaties, en zo zijn er wel wat in dat ziekenhuis.

Specifiek stelden we ook vast dat de pediatrische afdeling onder grote druk staat, niet alleen door medische noden, wat normaal is in een ziekenhuis, maar ook door een toenemend aantal kinderen met complexe psychosociale problemen, voor wie op korte termijn geen plek is in de reguliere jeugdhulp. Het ziekenhuis is als het ware het laatste vangnet.

Het ziekenhuispersoneel dat we hebben gesproken, levert fantastisch werk. De huidige situatie, waarbij een ziekenhuisbed de facto een tijdelijke verblijfplaats wordt, is op lange termijn echter toch moeilijk

houdbaar, zowel voor het kind als voor de werking van de pediatrische dienst als zorgdienst.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van die specifieke situatie in het UMC Sint-Pieter wat betreft het aantal kinderen dat daar verblijft op basis van sociale of psychosociale indicaties?

De Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen adviseerde in 2025 om de omkadering van pediatrische bedden voor die doelgroep te versterken, als dat al een federale bevoegdheid zou zijn. Hoe evalueert u in het kader van dat advies de werklast van het verpleegkundig en paramedisch personeel in de pediatrische dienst aldaar?

Worden de extra kosten die het UMC Sint-Pieter draagt voor die niet-medische opnames op enige wijze gecompenseerd via federale middelen of Brusselse dotaties, of valt dat volledig onder het reguliere ziekenhuisbudget?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Bertels, we zijn ons inderdaad bewust van het probleem van hospitalisaties zonder acute medische indicatie. De situatie in het UMC Sint-Pieter is daar een voorbeeld van. Ik deel ook de waardering van de commissie voor de inzet van het personeel. Het is een situatie die voor niemand wenselijk is. Ze houdt bedden voor acute zorg bezet en beantwoordt niet aan de specifieke psychosociale behoeften van het kind in kwestie.

Ik heb overigens advies gevraagd aan de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen met het oog op een structurele verankering van de pilootprojecten in de pediatrische geestelijke gezondheidszorg om zo duurzame doorverwijsoptlossingen mogelijk te maken.

Wat de werkdruk van het personeel betreft, erken ik dat die aanzienlijk wordt verzwaaard door die complexe vormen van opvang en begeleiding. Toch botst elke ambitie om de omkadering te versterken, zoals door de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen voor 2025 wordt gesuggereerd, op een realiteit van een tekort aan verpleegkundig personeel, nog los van de budgettaire beperkingen. Theoretische normen optrekken, lost het rekruteringsprobleem op het terrein niet op.

Op financieel vlak wil ik eraan herinneren dat de mechanismen van de ziekenhuisfinanciering via het BFM in eerste instantie bedoeld zijn om medische zorg te dekken. Daarin wordt via onderdeel B8 compensatie voorzien voor een verlengd verblijf gekoppeld aan een laag socio-economisch profiel.

Wat specifiek de pediatrie betreft, wordt in de pilootprojecten in de pediatrische geestelijke gezondheidszorg ook enige compensatie voorzien voor een verlengde ligduur voor de opvang van kinderen en jongeren met complexe psychische problemen die op pediatriediensten zijn opgenomen. Die compenseert niet volledig de kosten van een verlengd verblijf wanneer er geen plaats beschikbaar is in de vervolgzorg. Het verduidelijken van de kostenverdeling tussen het federale niveau, medische zorg, en de deelstaten, jeugdhulp en huisvesting, is dan ook een onmisbare stap. Hoe moeilijk het ook is, mijn prioritaire doelstelling blijft de duur van dergelijke verblijven in te korten door een betere intersectorale coördinatie.

05.03 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Het is goed dat u en uw diensten zich bewust zijn van de problematiek. Het personeel levert daar fantastisch werk. Het belangrijkste is wat u helemaal op het einde hebt gezegd, namelijk dat er nood is aan intersectorale coördinatie. We hebben het er daarnet al even over gehad in een ander debat. Elke bevoegde actor moet ter zake zijn verantwoordelijkheid nemen. Zoals u zelf hebt gezegd, is de situatie niet wenselijk. Het is goed dat het gebeurt, want anders is er nog een groter probleem. Het zou positief zijn, mochten we die pilootprojecten structureel kunnen verankeren in de geestelijke gezondheidszorg.

De geestelijke gezondheidszorg is, samen met jeugdhulp, een domein waar er kruispunten zijn met andere domeinen en ik kan alleen maar oproepen dat de bevoegde instanties allemaal een duit in het zakje doen en hopen dat u daar werk van maakt in het intersectoraal en het interministerieel overleg. Die kinderen verdienen dat ze daar niet alleen goede, acute medische zorg krijgen, maar ook psychosociale zorg die ruimer gaat dan de acute medische zorg die in een ziekenhuis wordt verstrekt.

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

De **voorzitter**: Mevrouw Maouane is niet aanwezig voor haar vraag nr. 56014689C. Mevrouw Taton is niet aanwezig voor haar vraag nr. 56014803C.

06 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verstrengde regels rond alcoholreclame" (56014823C)
- Kjell Vander Elst aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een strenger advertentiebeleid voor alcohol" (56014948C)

06 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le durcissement des règles en matière de publicité pour l'alcool" (56014823C)
- Kjell Vander Elst à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le durcissement de la politique en matière de publicité pour l'alcool" (56014948C)

06.01 **Kjell Vander Elst** (Anders.): U zult het advertentiebeleid voor alcohol zwaar verstrengen. Dat zal in verschillende vormen gebeuren. Het gaat onder meer over het verbieden van advertenties die hoofdzakelijk op jongeren gericht zijn. Dat is misschien de maatregel waarin ik mij nog het meest kan vinden. We moeten minderjarigen uiteraard beschermen. Los daarvan zal de uitvoering niet zo evident verlopen.

U gaat ook zeer ver in het dicteren van de regels over de manier waarop men bepaalde advertenties nog mag vormgeven. In de plaats van de slogan "alcoholmisbruik schaadt de gezondheid" wordt het "alcohol schaadt de gezondheid". De focus verschuift dus van misbruik naar gebruik. Ik denk dat men dat wel beseft, ook in de regering. Het betekent echt wel een mentaliteitswijziging. U gaat zelfs zover om in uw voorontwerp van koninklijk besluit het lettertype, namelijk Open Sans, waarin de advertenties en de slogan vormgegeven moeten worden, te bepalen.

Kortom, mijnheer de minister, u verstrengt het beleid aanzienlijk. De Belgische bierbrouwers en alcoholproducenten zullen daar een impact van voelen. Het is natuurlijk niet nieuw – het gaat over alcohol –, maar voor bepaalde zaken denk ik dat er fundamenteel een probleem is. De vormvereisten op het Belgische grondgebied zullen immers veel strenger zijn dan voor bierbrouwers op het internationale grondgebied. Hoe zult u bepalen en controleren dat een Belgische bierbrouwer, bijvoorbeeld Stella Artois, volgens bepaalde regels moet adverteren op sociale media en hoe zult u dezelfde regels opleggen aan Campari, Aperol of Heineken? Als die maatregel erdoor komt, zullen we in een situatie terechtkomen waarin Stella Artois of Jupiler volgens zeer strikte vormvereisten zal moeten adverteren, terwijl Heineken, Campari en Aperol op sociale media gewoon hun gang kunnen gaan. Ik denk niet dat dat de bedoeling kan zijn.

Mijnheer de minister, vandaar een aantal vragen.

Is de switch van de focus op alcoholmisbruik naar alcoholgebruik regeringsbeleid? Hoe zal de FOD Volksgezondheid de naleving van de reclameregels effectief controleren in de steeds meer geglobaliseerde digitale mediakanalen, vooral op sociale media? Hoe reageert u op de kritiek dat die regels een feitelijke benadeling inhouden voor de Belgische brouwerijen en stokerijen in vergelijking met buitenlandse merken? Hebt u een impactanalyse laten uitvoeren van dat nieuwe koninklijk besluit op het alcoholmisbruik in België?

Ik kijk uit naar uw antwoord.

06.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: De slogan "alcoholmisbruik schaadt de gezondheid" is echt achterhaald. Die sluit namelijk niet meer aan bij de inzichten van vandaag. Niet alleen alcoholmisbruik, maar eigenlijk elke vorm van alcoholconsumptie houdt een zeker risico in. In een advies van maart 2024 heeft de Hoge Gezondheidsraad op basis van talrijke wetenschappelijke publicaties en adviezen van erkende deskundigen duidelijk gesteld dat er strikt genomen geen risicovrij niveau van alcoholconsumptie bestaat vanuit gezondheidsperspectief. Zelfs lichte of matige consumptie verhoogt het risico op ernstige aandoeningen. Ook de Wereldgezondheidsorganisatie heeft duidelijk verklaard dat er geen veilig niveau van alcoholconsumptie bestaat. Vanuit dat perspectief houdt elke

alcoholconsumptie een risico in en is die gelinkt aan meer dan 200 niet-overdraagbare aandoeningen, waaronder zeven soorten kanker.

Het publiek is zich daar grotendeels niet bewust van. Uit de Preventiebarometer 2025 blijkt bijvoorbeeld dat de negatieve invloed van alcohol op psychische klachten het bekendst is. 71,9 % van de respondenten vermeldt dat, terwijl slechts 57,1 % op de hoogte is van het verband tussen alcohol en het risico op kanker.

Wil dat zeggen dat mensen geen alcohol mogen gebruiken? Nee. Het betekent wel dat, als we mensen weloverwogen beslissingen over hun alcoholconsumptie willen laten nemen, zij als consument correct geïnformeerd moeten worden over de gezondheidsrisico's van dat product. Die informatie biedt mensen de vrijheid om weloverwogen te beslissen welk risiconiveau zij bereid zijn te aanvaarden. Vaak gaat het daarbij over het dagelijks aanvaarden van een bepaald risiconiveau.

Dezelfde consumenten die we willen informeren, worden vandaag in sterke mate blootgesteld aan alcoholreclame, zowel bewust als onbewust. Wetenschappelijke inzichten en aanbevelingen tonen aan dat die blootstelling een grote invloed heeft op de consumptie. Die invloed is bijzonder groot bij kwetsbare bevolkingsgroepen, zoals mensen met een alcoholverslaving en jongeren. Daarom is het des te noodzakelijker om mensen bij blootstelling aan alcoholreclame bewust te maken van het feit dat alcohol schadelijk kan zijn voor de gezondheid.

Om die reden wordt in het regeerakkoord de gezondheidsboodschap "alcohol schaadt de gezondheid" voorgesteld voor gebruik in alcoholreclame.

Publieke steun voor maatregelen is belangrijk. Uit de Preventiebarometer 2023 blijkt dat 81 % van de Vlaamse volwassenen verwacht dat de overheid strengere regels oplegt voor reclame voor ongezonde producten en diensten, zoals ongezonde voeding, alcohol en gokken. Uit de Preventiebarometer 2025 blijkt zelfs dat 70,7 % een reclameverbod voor alcohol belangrijk vindt.

Bovendien wordt momenteel al voorzien in een waarschuwingsboodschap via het Convenant inzake reclame voor en marketing van alcoholhoudende dranken. Het ontwerpbesluit waarnaar u verwijst, past die boodschap inhoudelijk aan, maar die bestaat vandaag al in het convenant.

De gezondheidsmededeling "Alcohol schaadt de gezondheid" is duidelijk, rechtlijnig, correct en geloofwaardig. Ze komt dus volledig tegemoet aan wat de wetenschap zegt. De bepalingen van het ontwerpbesluit, ingegeven vanuit een volksgezondheidsdoelstelling, zullen van toepassing zijn op reclame die in België wordt uitgezonden. Ze strekken ertoe de consument in België te beschermen en te informeren, ongeacht of de ondernemingen die de alcoholreclame in België uitzenden en zich richten op de Belgische consument, van binnenlandse of van buitenlandse oorsprong zijn. Het ontwerpbesluit is dus niet alleen van toepassing op de Belgische brouwerijen en stokerijen.

Ten slotte valt op te merken dat de bepalingen van het ontwerpbesluit afkomstig zijn uit het al van toepassing zijnde Convenant inzake reclame voor en marketing van alcoholhoudende dranken en dat die bijgevolg al toegepast zouden moeten worden. Als buitenlandse spelers reclame maken voor hun product in België, dienen ze te voldoen aan de bepalingen van het ontwerpbesluit, net zoals ze momenteel aan dat convenant zouden moeten voldoen.

Voor het verleden kunnen we inderdaad stellen dat bij de bescherming van minderjarigen eenzijdig werd gefocust op het Belgische grondgebied en dat op die manier de eigen economie werd benadeeld. Door de zeer beperkte controlemogelijkheden van de Jury voor Eerlijke Reclamepraktijken (JEP) inzake reclame blijven de buitenlandse spelers, met name websites, volledig buiten schot. In tegenstelling tot de JEP heeft de inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid de afgelopen jaren bijzondere aandacht besteed aan en ook ervaring opgedaan over de onlineverkoop van en reclame voor tabaksproducten. Ik maak even die zijsprong, want die is belangrijk. Zo werden recent verschillende initiatieven genomen om de onlinereclame en -verkoop aan te pakken voor zowel Belgische als buitenlandse webshops. In samenwerking met Domain Name System Belgium (DNS) worden Belgische websites die in strijd zijn met de regelgeving, geïdentificeerd en offline gehaald.

Er lopen ook vergevorderde gesprekken met het Centrum voor Cybersecurity Belgium om de toegang van Belgische consumenten tot buitenlandse websites te kunnen blokkeren. Als het ontwerpbesluit voor

alcoholreclame van kracht wordt, dan staat het e-commerce team van de inspectiedienst, dankzij de ervaring met betrekking tot tabak, klaar om ook buitenlandse webshops te controleren.

Dit betreft een uitvoering van het regeerakkoord, maar omdat u spreekt namens de Anders.-fractie, wijs ik erop dat het gaat over de uitvoering van de Interfederale Strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol 2023-2028, meer bepaald actie 22 onder doelstelling 2. Ook de vorige regering volgde die strategie al.

Naast actie 22, doelstelling 2, bevat de interfederale strategie nog andere doelstellingen, zoals de intensifiëring van preventie en gezondheidspromotie en de vermindering van het aantal doden en zwaargewonden op de weg als gevolg van alcohol. De aanpak van alcoholisme is met andere woorden dus niet beperkt tot alcoholreclame. Het besluit past in een holistische aanpak over verschillende domeinen.

Hoewel er geen afzonderlijke kwantitatieve impactanalyse beschikbaar is die uitsluitend het koninklijk besluit evalueert, voorzien de interfederale strategie en het regeerakkoord ook in een evaluatie van alle maatregelen in de strategie.

06.03 Kjell Vander Elst (Anders.): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

U zegt dat er geen risicovrij alcoholgebruik bestaat. Alles houdt een risico in, mijnheer de minister. De straat oversteken houdt een risico in. Met de auto rijden houdt een risico in. Elke dag choco eten houdt ook een risico voor de gezondheid in. Dat is het verschil. U bent op zoek naar een risicoloze maatschappij. U wilt alles in een verbod of een regel gieten. U gaat daarin zo ver dat u vandaag alcohol viseert, maar de volgende stap zal altijd nog meer verboden en regels zijn.

U zegt dat alcohol de gezondheid schaadt. Dat dekt de lading en is correct. U voegt daar wel aan toe dat alcohol schadelijk kan zijn. U doet hier uitschijnen dat elke gezondheidsexpert het ermee eens is dat wie een glas met een alcoholische drank consumeert, daarmee zijn gezondheid schaadt. Dat is niet waar.

Mijnheer de minister, uw verbodsdrang en regel drift zullen onze Belgische bierbrouwers, alcoholproducenten, onze cafés en kleine zelfstandigen zwaar in de problemen brengen. Ik begrijp niet dat iedereen in de regering daarin blindelings meegaat. Dat u dat plezier bij veel mensen wilt wegnemen, daar schrik ik niet van, maar dat de hele arizonaregering achter die aanpak staat, is voor mij een brug te ver.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La psychomotricité" (56014837C)

07 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De psychomotoriek" (56014837C)

07.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, en septembre dernier, je vous interrogeais sur la reconnaissance de la psychomotricité, conformément à l'accord de gouvernement, qui prévoit que "nous étudions la reconnaissance de la psychomotricité comme une profession paramédicale pour améliorer l'accessibilité de celle-ci pour l'ensemble de la population".

Le psychomotricien intervient dans le champ de la santé, au niveau de l'éducation et de la recherche. En lien avec les autres professionnels, il contribue au développement global de la personne par la prévention, les soins, mais aussi la thérapie. Il intervient auprès de personnes de tous âges, présentant des difficultés d'apprentissage ou porteuses de handicaps, de troubles psychosociaux, de pathologies physiques et de santé mentale. À partir du bilan d'évaluation de la dynamique psychomotrice du bénéficiaire, le psychomotricien établit un projet de soins qui favorise l'intégration des fonctions motrices, émotionnelles, cognitives et symboliques de la personne.

Les résultats de l'étude en ligne menée en 2022 par l'Union professionnelle belge des psychomotriciens francophones concluaient à l'augmentation de la demande de prise en charge depuis 2020. Cette étude

démontrait également que l'absence de remboursement par l'INAMI agissait comme un frein important face aux besoins des familles.

En septembre, vous m'aviez répondu qu'au vu d'autres urgences dans le domaine des professions de santé, aucun travail concret n'avait encore été entamé dans ce cadre. Vous aviez aussi fait référence à un avis défavorable du Conseil fédéral des professions paramédicales, mais cet avis date de 2016 et, par essence, ce conseil ne contient pas de membre psychomotricien. Vous aviez précisé qu'à ce stade, aucune concertation formelle n'avait encore été organisée avec les représentants de la profession. Toutefois, vous restiez ouvert à un dialogue constructif avec les acteurs concernés, afin d'objectiver les besoins du terrain et d'évaluer, de manière rigoureuse, les éventuelles évolutions possibles dans le respect du cadre légal et des recommandations des instances compétentes.

Lors des débats sur votre note de politique générale, je vous ai interrogé à ce sujet, mais vous n'avez pas répondu à ma question.

Monsieur le ministre, avez-vous entamé le travail sur la reconnaissance de la psychomotricité comme profession paramédicale? Une concertation avec les psychomotriciens a-t-elle déjà eu lieu? Si oui, quelles en sont les conclusions? Si non, comptez-vous mettre en place cette concertation rapidement?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: La reconnaissance d'une profession paramédicale s'inscrit dans un cadre légal exigeant, requiert une analyse approfondie tant sur le plan des besoins de santé publique que sur les plans juridiques, organisationnels et budgétaires. Madame Ramlot, vous soulignez à juste titre que l'avis du Conseil fédéral des professions paramédicales auquel il a été fait référence date de 2016 et ne reflète pas nécessairement l'évolution du terrain.

Dans ce contexte, et afin de disposer d'une base actualisée, objective et suffisamment étayée, j'examine la possibilité de solliciter un avis complémentaire afin d'évaluer la place éventuelle de la psychomotricité dans l'organisation des soins de santé. Je n'ai pas encore pu lancer cet avis, car cela requiert un peu de réflexion, mais c'est une première étape à réaliser dans l'exécution de l'accord du gouvernement en cette matière.

Voorzitter: Ludivine Dedonder.

Présidente: Ludivine Dedonder.

07.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre. C'est plutôt une bonne nouvelle, même si j'aimerais que les choses aillent beaucoup plus vite.

Je vais être claire avec vous. Je ne veux pas vous vexer mais j'ai la nette impression que, dans ce dossier de la reconnaissance de la psychomotricité comme activité paramédicale, vous avancez un peu avec des pieds de plomb. Vous vous hâtez avec lenteur comme le lièvre dans la fable de Jean de La Fontaine.

D'après ce que j'entends, je crois en deviner la raison. Même si l'on ne peut généralement vous soupçonner de partialité communautaire, je suis néanmoins tentée de voir dans cette paralysie politique un aspect communautaire difficile à masquer. Peut-être ce dossier n'est-il pas, sinon à vos yeux, du moins à ceux des personnes du milieu paramédical, suffisamment flamand, ou peut-être serait-il trop francophone, ce qui revient finalement au même? Il faut pourtant le considérer comme un dossier fédéral, un dossier belge.

Le problème dénote sans contexte une différence de culture et de pratique entre le Nord et le Sud. En effet, les faits et les chiffres parlent d'eux-mêmes. L'étude de 2022 qui a conduit à la demande de reconnaissance de ce métier implique bien évidemment que des coûts seront engendrés pour l'INAMI. C'est là le fait de l'association de l'Union professionnelle francophone qui, comme vous le savez, n'a pas d'équivalent en Flandre.

Par ailleurs, la formation de bachelier et le métier sont reconnus par la Fédération Wallonie-Bruxelles mais pas en Flandre. Selon mes sources et ce que j'ai pu consulter, toutes les écoles assurant la formation et délivrant le diplôme de psychomotricien en Belgique sont francophones en Wallonie ou à Bruxelles. Bien sûr, la pratique existe en Flandre, mais apparemment à une échelle moindre qu'en Wallonie ou de manière différente.

La demande de reconnaissance et de prise en charge accrue par l'INAMI n'est pas portée par une union professionnelle flamande ni par les milieux médicaux et paramédicaux en Flandre. Est-ce la cause du blocage ou plutôt le frein dans ce dossier?

J'espère ainsi avoir été transparente avec vous. J'imagine que vous aviez également eu vent de ces suspicions, mais j'espère qu'il ne faudra pas attendre la création d'une école flamande ou d'une union flamande des psychomotriciens pour avancer plus vite dans ce dossier.

Je vous remercie de votre attention, monsieur le ministre.

La **présidente**: Il faudra relire la fable de Jean de La Fontaine, n'est-ce pas, monsieur le ministre?

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

08 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De tattooshops" (56014828C)

08 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les salons de tatouage" (56014828C)

08.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, er is een KB van 25 november 2005 inzake de reglementering van tatoeages en piercings dat de uitoefeningsvoorwaarden regelt van het beroep van tatoeëerder, met onder meer enkele belangrijke regels rond hygiëne en gezondheid.

Artikel 13 van dat KB bepaalt dat de naleving van het KB gegarandeerd wordt door gezondheidsinspecteurs van de FOD Volksgezondheid. In antwoord op mijn voorgaande parlementaire vragen gaf u echter aan dat er geen controles op tattooshops plaatsvonden, daar u vindt dat die controle overgedragen zou moeten worden naar de FOD Economie. De FOD Volksgezondheid controleert alleen nog de conformiteit van de gebruikte inkten. U gaf wel aan dat er gesprekken zijn met de FOD Economie over een overdracht van de controlebevoegdheid, vandaar mijn vraag.

In welk stadium bevinden zich de gesprekken over de overdracht van de controle naar de FOD Economie? Is er al overeenstemming bereikt over die overdracht? We stellen nu immers vast dat de tattooshops niet meer gecontroleerd worden, terwijl er een advies is van de Hoge Gezondheidsraad dat duidelijk stelt dat er gezondheidsrisico's op korte en lange termijn zijn. Die risico's staan heel duidelijk opgesomd in het advies van 2015, tien jaar na het KB. Het kan bijvoorbeeld gaan om infecties, als men de hygiënische regels niet volgt, maar op lange termijn kunnen er ook allergische effecten zijn, een toxicologische impact of zelfs kankerrisico. De Hoge Gezondheidsraad, die toch interessante aanbevelingen doet, zou ter zake gevolgd moeten worden. Ik vind het dus vreemd dat de overdracht naar de Economische Inspectie alleen gebeurt, terwijl het toch ook gaat om gezondheidsaspecten, niet alleen over het feit dat het om consumenten gaat. Vandaar mijn vragen.

Ik kijk uit naar uw antwoord.

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het koninklijk besluit betreffende de reglementering van tatoeages en piercings dat vandaag de wettelijke basis vormt voor de controle op de sector, moet worden geëvalueerd. Dat is mijn conclusie in de nasleep van eerdere vragen die u daarover hebt gesteld. Wij hebben alles opnieuw bekeken. Het is duidelijk dat de bevoegdheden heel versnipperd zijn. Wij zijn nu dus van mening dat het koninklijk besluit moet worden aangepast.

Op dit moment bereidt de FOD Volksgezondheid een juridische analyse voor om dat wettelijke kader te herbekijken, inderdaad ook vanuit het oogpunt van bescherming van de volksgezondheid. Wij willen op die manier komen tot een coherent wettelijk kader en duidelijkheid scheppen over de vraag welke inspectiediensten bevoegd zijn voor de controle op de sector.

Om dat goed te doen, ben ik bezig met de voorbereiding van een adviesaanvraag aan de Hoge Gezondheidsraad. De Hoge Gezondheidsraad heeft al eerder advies gegeven over het onderwerp. De bedoeling is de kwaliteits- en veiligheidseisen voor tatoeages en piercings te actualiseren. De adviesperiode zal ongeveer zes maanden duren. De adviesaanvraag wordt eind mei 2026 uitgestuurd.

Wij staan daarover ook in contact met de minister van Economie. Het recentste overleg vond plaats op 29 april 2026, omdat, zoals u ook aangeeft, de FOD Economie hoe dan ook bevoegd blijft voor controles op de niet-gezondheidsgerelateerde aspecten zoals economische fraude.

Wij evalueren momenteel dus het dossier. Ik wil op basis van een adviesaanvraag bekijken hoe we opnieuw een duidelijk wettelijk kader kunnen geven aan een gezondheidsgerichte inspectie.

08.03 Els Van Hoof (cd&v): Ik dank u voor uw antwoord.

Het verheugt mij dat u inderdaad bent teruggekomen op uw eerdere standpunt en dat er opnieuw wordt gekeken naar de gezondheidsaspecten, die wel degelijk bestaan. Dat bleek ook uit het advies van de Hoge Gezondheidsraad destijds. U zult dat waarschijnlijk ook merken in het nieuwe advies.

Nederland werkt inderdaad met vergunningen, met onaangekondigde bezoeken en met aangekondigde bezoeken om de vergunning opnieuw te kunnen verlenen. Dat is *the way to go*. Er zijn ook meldpunten voor slachtoffers van mislukte tatoeages en verwijderingen.

Er is een gezondheidsimpact. Hier spreekt men net zoals bij tabak niet over patiënten maar over consumenten, terwijl er toch een gezondheidsimpact is. Bent u daar als minister van Volksgezondheid ook mee bezig? Geldt hetzelfde voor de tattooshops? Het is goed dat u op basis van mijn vragen toch tot hetzelfde inzicht bent gekomen, namelijk dat het niet alleen over het economische aspect gaat. Het zijn ook handelaars en daar moet eveneens naar worden gekeken. Bepaalde apparatuur moet worden gecontroleerd. Dat moet ook gedaan worden door de Economische Inspectie.

Er zijn inderdaad heel belangrijke gezondheidsaspecten. Ze hebben onder meer betrekking op de hygiëne in de werkruimte. Ze moeten worden gecontroleerd. Er moet worden nagegaan of een opleiding rond gezondheidsvoorschriften werd gevolgd en nageleefd. Ook de consument moet worden geïnformeerd over de gezondheidsimpact van tatoeages.

Een belangrijke zaak is ook dat er in onze wetgeving geen leeftijdsgrens is opgenomen. Dat is eigenlijk ongelooflijk. Als een kind binnenstapt voor een tattoo, gaat men kijken naar de maturiteit. Afhankelijk van de tatoeëerder zal dan al dan niet een tattoo worden gezet. Dat is niet echt aanvaardbaar.

Er is dus dringend nood aan een aanpassing van een wetgeving die al 21 jaar bestaat. Men ziet dat de trend nu sterk is ingeburgerd, in tegenstelling tot in onze jonge jaren. Nu zijn overal tattoos te zien. De wetgeving moet daaraan worden aangepast, ze moet de patiënt en de consument beschermen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès direct à la kinésithérapie" (56014838C)

09 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Kinesithérapie zonder doorverwijzing door de arts" (56014838C)

09.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, en octobre dernier, vous indiquiez que vous attendiez un avis consolidé du Conseil Fédéral de la Kinésithérapie et du Conseil supérieur des médecins, mais que vous ne disposiez pas de deux avis distincts émanant des deux conseils; que le groupe de travail paritaire reprendra prochainement ses travaux et rédigera un projet d'avis complémentaire; qu'il est également souhaitable que les deux conseils élaborent une approche commune.

Lors des débats au sujet du budget et de votre note de politique générale, vous avez indiqué que: "Les associations de médecins et les kinés ont ensuite pris l'initiative de se réunir autour de la table pour trouver un consensus en la matière. Ce processus a pris du temps, mais a permis de dégager un consensus sur la base duquel les travaux pourront désormais se poursuivre. L'idée est que le médecin généraliste puisse suivre son patient. Il sera informé dès la première séance chez le kiné, recevra une notification intermédiaire du kiné après la quatrième séance, suivie d'un rapport complet après la

septième séance afin de pouvoir exclure d'autres problèmes médicaux. Il y aura donc une communication entre le kiné, auquel le patient s'adresse directement pour soigner ses affections musculosquelettiques modérées, et le médecin traitant, à savoir le médecin généraliste."

Vous vous êtes ensuite félicité que la concertation ait débouché sur un accord entre ces deux groupes, et vous avez indiqué que cette méthode pourra certainement être déployée dans le courant de l'année 2026.

Monsieur le ministre, nous nous réjouissons évidemment de ces informations qui sont encourageantes. Je souhaiterais néanmoins vous poser quelques questions.

Quelles sont les prochaines étapes pour concrétiser ce consensus? Quel est le timing prévu? Quand cet accès direct à la kinésithérapie pour les patients souffrant de troubles légers ou modérés sera-t-il effectivement mis en œuvre?

09.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Ramlot, le consensus dégagé entre les représentants des médecins et des kinésithérapeutes constitue une base de travail importante, en effet. Sa concrétisation nécessite toutefois plusieurs étapes légales et procédurales. Tout d'abord, la base légale doit être précisée. Cela implique une réécriture de l'article 43 de la loi relative à l'exercice des professions de santé, afin de définir un accès direct limité aux kinésithérapeutes disposant d'une formation spécifique. Ce travail est intégré dans le projet de loi portant dispositions diverses en matière de santé.

Comme pour toute modification de ce type, plusieurs validations sont nécessaires: un passage en Conseil des ministres, ainsi que les contrôles habituels de proportionnalité et l'avis du Conseil d'État. Une fois ces étapes franchies, un avant-projet de loi pourrait être transmis au Parlement. L'objectif est que cela puisse intervenir d'ici le début de l'été. Après l'adoption de la loi, un arrêté royal spécifique sera requis pour organiser concrètement l'accès direct. L'arrêté royal doit, dès lors, suivre l'ensemble du processus administratif. Je resterai bien évidemment attentif à l'avancement de ces travaux, afin que ce dispositif puisse entrer en vigueur dans les meilleurs délais, parce que je suis convaincu qu'il s'agit d'une avancée capitale.

09.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Très bonne nouvelle, monsieur le ministre! Évidemment, l'administratif prend du temps, comme partout. Je me réjouis qu'il n'y ait plus de désaccords à résoudre et plus d'obstacles à surmonter, mis à part les obstacles administratifs. Tout le monde est d'accord et tous les feux sont au vert. Médecins et kinésithérapeutes ont dégagé un accord commun, un modus vivendi pragmatique qui est prometteur, qui sera, je pense, efficace. Il s'agit d'une interaction harmonieuse et complémentaire de ces deux professions, d'un véritable compromis à la belge et d'une belle illustration dont nous devons nous réjouir. J'en suis très heureuse et je vous remercie par avance de votre intérêt dans ce dossier, parce qu'il est très attendu par les médecins et par les kinésithérapeutes, mais surtout par les patients.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La surveillance des substances psychoactives dans les eaux usées par Sciensano" (56014839C)

10 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De monitoring van de aanwezigheid van psychoactieve stoffen in afvalwater door Sciensano" (56014839C)

10.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, Sciensano a publié le 11 mars les résultats de la surveillance épidémiologique des substances psychoactives dans les eaux usées qui a été menée en 2025. Dans le cadre de cette campagne de surveillance, des échantillons d'eaux usées ont été prélevés dans 17 stations d'épuration sur l'ensemble du pays. Des analyses ont été réalisées pour estimer l'utilisation de différentes drogues.

Je vous passe les noms de ces drogues, vous imaginez bien lesquelles. Cette surveillance présente de nombreux atouts. Elle fournit des informations rapides mais aussi fiables dans la mesure où les

résultats ne dépendent pas d'un auto-rapportage et donnent une idée complètement objective de ces substances qui circulent réellement et qui sont consommées par la population.

C'est une méthode non invasive qui respecte la vie privée puisqu'elle ne collecte aucune donnée individuelle. Elle permet de faire un état des lieux de la consommation de drogues globalement sur l'ensemble du territoire, mais aussi de détecter des situations très locales. Elle permet aussi de comprendre l'évolution de la consommation de drogues, d'analyser les tendances et de détecter de nouveaux phénomènes.

Le 2 mars, une nouvelle stratégie interfédérale en matière de drogues, la stratégie 2026-2029, a été approuvée par la réunion thématique drogue. La nécessité d'une telle stratégie coordonnée et harmonisée n'est pas à démontrer.

Monsieur le ministre, comment Sciensano envisage-t-il de poursuivre la surveillance épidémiologique des substances psychoactives dans les eaux usées à l'avenir? Selon quelles modalités? À quelle fréquence? Sera-ce sur l'ensemble du territoire ou bien dans des zones ciblées?

Comment ces données s'intègrent-elles dans la stratégie interfédérale, notamment dans la compréhension de la consommation de drogues et des changements dans cette consommation, dans le signalement de ces phénomènes et dans les décisions à prendre pour limiter leur impact sur la santé des citoyens et sur l'ensemble de la société? Comment Sciensano collabore-t-il avec ses homologues des pays voisins en vue d'assurer une surveillance au-delà de nos frontières et d'échanger sur ces résultats et sur les mesures à prendre?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Afin de pouvoir suivre l'évolution de la consommation de drogue et de réagir à temps aux changements sur le marché de la drogue, il est en effet essentiel de procéder à des mesures répétées. C'est pourquoi cette étude doit être menée régulièrement.

Dans le cadre de l'étude pilote, Sciensano a d'ores et déjà prévu une deuxième campagne de mesures pour 2026. En collaboration avec l'Université d'Anvers, Sciensano examine actuellement pour quelles substances il existe des méthodes de mesure fiables, quelle est la valeur ajoutée de leur suivi et quand et à quelle fréquence il est préférable de prélever des échantillons.

En ce qui concerne l'intégration dans la stratégie interfédérale, l'étude proposée sur les eaux usées contribue à un objectif stratégique visant à élaborer une stratégie de surveillance de qualité pour une politique globale et intégrée en matière de drogue, et mise explicitement sur des méthodes innovantes et rapides. Cette approche permet de collecter de manière rapide, objective et fiable des informations sur la consommation de drogue, sans dépendre des déclarations des personnes concernées. En complément des enquêtes, cela aide à confirmer, à affiner et à utiliser de manière plus ciblée les données existantes.

En répétant et en élargissant régulièrement l'étude, les changements dans la consommation et l'offre de drogue peuvent être détectés à temps. En ce qui concerne la collaboration internationale, Sciensano, en sa qualité de point focal national Reitox (Réseau européen d'information sur les drogues et les toxicomanies), est un partenaire principal de l'Agence européenne des drogues et est donc en contact direct avec les autres États membres menant des études sur les eaux usées. La méthodologie de la campagne nationale de surveillance est harmonisée avec celle des autres pays, afin de garantir la comparabilité des résultats. Cette étroite collaboration favorise également un échange rapide des conclusions entre les États membres de l'Union européenne.

10.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Je vous remercie monsieur le ministre.

La consommation de drogues et de psychotropes est un phénomène croissant dans le monde, en Europe et, bien entendu, chez nous. Notre pays, en raison de la présence du port d'Anvers, mais aussi de sa situation géographique entre la France, l'Allemagne et les Pays-Bas, constitue une véritable plaque tournante du trafic et, par voie de conséquence, un haut lieu de distribution et de consommation.

Ce constat constitue évidemment une motivation supplémentaire pour poursuivre la lutte et renforcer les meilleurs moyens disponibles à ce stade.

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à ce sujet, car il est essentiel de disposer de chiffres récents.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les rapports d'activité des centres extrahospitaliers pratiquant des IVG" (56014850C)

11 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De activiteitenverslagen van abortuscentra buiten het ziekenhuis" (56014850C)

11.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je vous ai déjà interrogé sur cette question voici quelques semaines. Les centres de planning familial pratiquant l'IVG ont reçu cette année un nouveau canevas de rapport d'activité de l'INAMI. Une nouvelle question leur demande désormais de justifier précisément chaque situation où le délai légal de six jours n'a pas été appliqué.

Lorsque je vous ai interrogé, vous mentionniez avoir sollicité à cet égard un avis juridique. Vous précisiez également vouloir analyser cet avis ainsi que les autres éléments du dossier, notamment au regard de la charge administrative supplémentaire que cette exigence supplémentaire pourrait représenter pour les centres. Vous rappeliez par ailleurs que le contrôle du respect des dispositions légales en matière d'IVG relève de la Commission nationale d'évaluation des interruptions de grossesse.

Monsieur le ministre, je reviens vers vous pour connaître l'état d'avancement de l'avis juridique demandé? Quelles conclusions en tirez-vous quant à la légalité et à la pertinence de cette nouvelle rubrique? Une évaluation de la charge administrative induite pour les centres extrahospitaliers a-t-elle été réalisée? Des consultations ont-elles été menées avec les centres ou leurs fédérations représentatives? Enfin, sur la base des éléments désormais disponibles, estimez-vous que le maintien de cette rubrique dans le rapport d'activité est justifié et conforme au cadre légal existant? Dans la négative, quand le modèle de rapport annuel pourra-t-il être revu?

11.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, l'analyse juridique interne demandée est terminée. Il en ressort qu'il n'appartient pas au Collège de contrôler le respect de la législation relative à l'interruption volontaire de grossesse. À cet effet, une Commission nationale d'évaluation relative à l'IVG a été instituée.

Les données transmises par le rapport annuel dans le cadre de la convention conclue avec les centres extrahospitaliers visent l'évaluation et le suivi de cette convention. Elles doivent dès lors s'inscrire dans cet objectif. Compte tenu des éléments en ma possession, j'ai demandé au Collège des médecins-directeurs d'adapter à nouveau le canevas du rapport annuel et d'en retirer cette nouvelle mention. Je continuerai à suivre ce dossier avec attention.

11.03 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je suis évidemment soulagée que vous ayez fait parvenir cette instruction pour que ce rapport soit modifié, parce que toute forme de contrainte supplémentaire qui pèse sur les centres extrahospitaliers et qui vient compliquer leur mission est, pour nous, problématique. Donc, je suivrai avec vous ce dossier pour m'assurer que ce soit suivi d'effet dans un délai raisonnable. Merci beaucoup.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le diagnostic et la prise en charge de l'autisme au féminin sans déficience intellectuelle" (56014853C)

12 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De diagnose en behandeling van autisme bij vrouwen zonder verstandelijke beperking" (56014853C)

12.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, les acteurs de terrain, dont l'ASBL Exodoxe, ont attiré notre attention sur une problématique qui est encore insuffisamment prise en compte dans les politiques de santé. C'est celle de l'autisme au féminin, en particulier chez les personnes ne présentant pas de déficience intellectuelle.

Ces profils sont fréquemment sous-diagnostiqués ou diagnostiqués tardivement en raison de manifestations cliniques différentes et des stratégies de compensation qui masquent souvent les difficultés chez les femmes. Ces situations entraînent des conséquences importantes: errances diagnostiques, troubles associés comme l'anxiété ou le burn-out, absence d'accompagnement adapté et problèmes d'intégration également dans le monde du travail.

Par ailleurs, le manque de données épidémiologiques précises limite la capacité à élaborer des politiques de santé adéquates en la matière.

Je voudrais vous poser les quelques questions suivantes à ce sujet.

Existe-t-il des formations spécifiques pour les professionnels de santé afin de mieux identifier ces profils?

Quelles mesures sont prévues pour faire face à la pénurie de spécialistes réellement formés au trouble du spectre de l'autisme (TSA) chez l'adulte?

Comment le gouvernement envisage-t-il de faire évoluer les conditions de validation du diagnostic de l'autisme chez l'adulte afin que celui-ci repose sur des compétences effectives en matière de TSA et non uniquement sur le titre du professionnel?

Des études épidémiologiques sont-elles en cours ou prévues pour mieux quantifier cette population?

Comment les dispositifs de prise en charge tiennent-ils compte des besoins spécifiques de ces personnes, notamment en matière de santé mentale?

Quels dispositifs concrets existent ou sont prévus pour l'accompagnement en santé mentale des adultes autistes sans déficience intellectuelle, notamment en cas de troubles associés générés par des exigences d'adaptation aux normes sociales et professionnelles majoritaires?

Enfin, une stratégie spécifique est-elle envisagée pour mieux intégrer la dimension du genre dans les politiques liées à l'autisme?

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, je suis attentif au fait que certains profils relevant du trouble du spectre de l'autisme (TSA) ne soient identifiés que tardivement, parfois à l'âge adulte, avec des conséquences possibles sur le bien-être, la santé mentale et l'inclusion sociale des personnes concernées.

Toutefois, il convient de rappeler que l'organisation du diagnostic spécialisé, l'accompagnement spécifique et les structures dédiées aux personnes présentant un TSA relèvent de compétences qui ont été transférées aux entités fédérées dans le cadre de la sixième réforme de l'État. Dans ce contexte, les différentes conventions conclues par l'INAMI avec des centres assurant le diagnostic ou le traitement des TSA, tels que les centres de référence de l'autisme ou les centres de réadaptation ambulatoire reposant sur des équipes pluridisciplinaires, relèvent désormais également des entités fédérées.

En ce qui concerne les matières pour lesquelles je suis compétent, je peux signaler que les prestations des psychiatres et des psychologues sont déjà remboursées pour tous les âges dans le cadre de

l'assurance-maladie, y compris pour les adultes atteints de TSA qui rencontrent des problèmes psychiques.

Concernant les études épidémiologiques, à ma connaissance, il n'existe actuellement pas de données belges suffisamment précises permettant de quantifier spécifiquement la population des femmes adultes autistes, en particulier sans déficience intellectuelle. La prise en compte de la dimension du genre et du sexe dans les soins de santé constitue par ailleurs un point d'attention de mon cabinet, ainsi que de l'accord du gouvernement.

À cet égard, j'ai demandé au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) de réaliser une recherche sur ce que nous savons et ne savons pas concernant les différences de médication entre les sexes. À partir de là, nous établirons des recommandations pour les étapes suivantes. De cette manière, la Belgique pourrait devenir pionnière au niveau européen dans le domaine de la pharmacothérapie sexospécifique et promouvoir une politique innovante centrée sur le patient et de haute qualité. Cela aura peut-être – j'insiste sur le peut-être – un impact pour les femmes vivant avec l'autisme sans déficience intellectuelle, bien qu'il soit encore trop tôt pour l'affirmer.

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

J'entends, bien évidemment, que notre politique de santé est souvent morcelée et que vous renvoyez en partie vers les entités fédérées, en raison de la répartition des compétences.

Cela dit, je suis rassurée d'entendre que vous avez demandé une étude au Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé. J'avais été contente de lire dans l'accord de gouvernement que vous vouliez consacrer une attention particulière à l'invisibilisation de certaines maladies féminines. À cet égard, je pense vraiment qu'en ce qui concerne différents types de neurodivergences, et le trouble du spectre de l'autisme (TSA) en particulier, les symptômes s'expriment assez différemment selon qu'on soit une femme ou un homme.

Dès lors, les difficultés diagnostiques sont bien réelles à cause de cela aussi, et un diagnostic à 40 ou 50 ans change considérablement la vie. Je me réjouis que vous ayez lancé une étude pour ce qui concerne la question pharmacologique, mais n'oubliez pas les critères sur lesquels reposent les diagnostics. Et malheureusement, il s'agit souvent de critères masculins. C'est un autre angle du débat auquel il convient, selon moi, de s'attaquer, parce qu'il concerne le TSA mais aussi toute une série d'autres neurodivergences. Il y a de plus en plus de documentation sur le sujet.

Je vous remercie.

La **présidente**: Nous passons à la dernière question pour la séance de ce jour.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van de huisartsenwachtposten" (56014860C)

13 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme des postes de garde des médecins généralistes" (56014860C)

13.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik wilde eventjes polsen naar de stand van zaken met betrekking tot de hervorming van de huisartsenwachtposten. Dat is immers iets wat we in het regeerakkoord hebben afgesproken. Er zou worden gelet op een evenwicht tussen een goede bereikbaarheid voor de patiënt en de werkbaarheid voor de huisartsen.

Kunt u zeggen hoe ver het staat met die hervorming? Wat zijn de uitgangspunten daarbij? Ligt er eventueel al een voorstel op tafel? Werd er al overlegd met de sector? Wat waren daar dan de voornaamste conclusies? Zal er rekening worden gehouden met de aanrijtijden? Ik veronderstel van wel, maar welke parameters of welke aanrijtijden moeten dat minimaal zijn? Kunt u al een beeld schetsen van die toekomstige structuur? Hoe zal de financiering van die huisartsenwachtposten

gebeuren? Zullen er wijzigingen zijn ten aanzien van de huidige financiering? Kunt u al een stand van zaken geven over de 1733 al weet ik niet of dat nog lukt?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de gesprekken rond de hervorming van de huisartsenwachtposten zijn vorig jaar opnieuw opgestart binnen een vernieuwd begeleidingsplatform en onder het voorzitterschap van dokter Roel Van Giel. De sector wordt daarin breed vertegenwoordigd. Er zijn vertegenwoordigers van de drie artsensyndicaten, van de Vlaamse, Brusselse en Waalse wachtposten, van de federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening en de spoedartsen. De uitgangspunten blijven dezelfde. Er wordt ingezet op meer uniformiteit en betere samenwerking tussen de wachtposten tijdens de diepe nacht, maar er is gekozen om af te stappen van de notie samenwerkingsverbanden en om in te zetten op netwerken.

Bijkomend zijn criteria rond de totale oppervlakte van een netwerk, de aanrijtijden en de openingsuren toegevoegd. Een netwerk kan nu ook bestaan uit een enkele wachtpost indien dat netwerk voldoet aan de basisvoorwaarden. In het nieuwe voorstel van koninklijk besluit inzake erkenning zijn ruime overgangsperiodes voorzien, zodat er voldoende tijd is om zich voor te bereiden op de overgang naar netwerken van huisartsen.

De besprekingen over het koninklijk besluit inzake financiering voor de nieuwe financiering van deze netwerken van wachtposten zijn lopende tussen mijn beleidsceel, de FOD Volksgezondheid, de vertegenwoordigers van de wachtposten en het RIZIV. Het doel is meer samenwerking tussen de wachtposten, met optimale dienstverlening aan de bevolking, waarbij een geüpdatete financiering wordt voorzien met een grotere autonomie en verantwoordelijkheid.

Wijzigingen zullen onder meer zijn: meer rubrieken onder een budgetenveloppe, de toepassing van de IFIC-barema's, de herberekening van de backoffice en de herberekening van de vervoersbudgetten.

De besprekingen worden momenteel gevoerd. Nog niet alle elementen zijn besproken of beslist. De samenwerkingsverbanden waren tijdens de bevoegdheid van mevrouw De Block een poging om structuur aan te brengen, maar daar was heel veel weerstand tegen. Ik denk dat we met het afstappen van die samenwerkingsverbanden en het kiezen voor netwerken, maar ook met de manier waarop we de financiering opvatten, met een grotere autonomie, tegemoetkomen aan veel verzuchtingen die sinds een aantal jaren op het terrein leven.

13.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

Ik veronderstel dat er binnenkort meer concrete voorstellen zullen volgen en we daarin ook inzage zullen krijgen. Waarschijnlijk zullen wij dan nog vragen stellen.

Het is goed dat er met de betrokken partijen wordt overlegd, want er was wel wat ongerustheid over het vorige voorstel, zoals u zelf al zei. Het is goed dat men opnieuw met een schone lei is begonnen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

13.04 **Dominiek Sneepe** (VB): Mevrouw de voorzitter, ik merk op dat het nog geen 17.30 uur is. Misschien kan de minister er nog één vraag bij nemen over de quota?

La **présidente**: Madame Sneepe, en respectant l'ordre de l'agenda, il faudrait d'abord traiter les questions jointes n° 56014862C de Mme Nathalie Muylle, n° 56014915C de Mme Irina De Knop et n° 56014964C de Mme Kathleen Depoorter. Cependant, les personnes concernées sont parties. Comme nous avons indiqué une heure de fin entre 17 h 15 et 17 h 30, je ne peux pas faire passer votre question maintenant, par respect pour les autres personnes qui ne sont plus présentes et à qui nous avons annoncé que la séance était terminée.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 23.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.23 uur.