

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

van

du

WOENSDAG 24 JUNI 2026

MERCREDI 24 JUIN 2026

Voormiddag

Matin

De openbare commissievergadering wordt geopend om 11.16 uur en voorgezeten door de heer Jan Bertels.

La réunion publique de commission est ouverte à 11 h 16 et présidée par M. Jan Bertels.

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

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

De **voorzitter**: Mevrouw Van Hoof is nog niet aanwezig. Mevrouw Dedonder is wegens ziekte verontschuldigd. Haar vraag nr. 56014999C wordt uitgesteld.

01 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Health Data Agency" (56015146C)

01 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La Health Data Agency" (56015146C)

01.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, gezondheidsgegevens zijn heel belangrijk. Dat is gisteren nog eens ter sprake gekomen naar aanleiding van de viering van 60 jaar Novartis in België.

Het Health Data Agency speelt daarin een cruciale rol, net als in de modernisering van ons gezondheidslandschap, zeker met het oog op de Europese verordening over de European Health Data Space. Het agentschap boekt momenteel zichtbare vooruitgang op verschillende wettelijke fronten, zoals de uitbouw van de datacatalogus, de organisatie van het beheerscomité en de voorbereiding op het secundair gebruik van gezondheidsgegevens. Desalniettemin blijven er bezorgdheden bestaan over de snelheid van uitvoering en de operationele aansturing.

Ik heb daarom de volgende vragen. Kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot het actieplan Health Data, dat tegen begin volgend jaar wordt verwacht? Wat is de stand van zaken met betrekking tot de overdracht van het registerbeleid van healthdata.be naar Health Data?

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer Bertels, dit vormt inderdaad een belangrijk onderwerp. Het Health Data Actieplan werd in december 2025 voorgelegd aan het beheerscomité van de Health Data Authority (HDA). Dat actieplan bevat heel wat acties rond de implementatie van het secundair gebruik van gezondheidsdata in ons land, als gevolg van de goedkeuring van de European Health Data Space (EHDS). Tegen maart 2029 moet België klaar zijn om volledig uitvoering te geven aan de Europese verordening. De implementatie richt zich op vier grote pijlers.

In de eerste plaats moet een governancestructuur worden uitgewerkt. Dat houdt in dat moet worden beslist wie in België welke rollen zal opnemen, waaronder de rol van een Health Data Access Body. Dat is de officiële organisatie die de toegang tot gezondheidsgegevens zal faciliteren.

De tweede pijler is de juridische pijler. Daarbij moet Belgische en regionale wetgeving worden opgesteld, onder meer over de opt-out zoals voorzien in de EHDS en over vergoedingen. De Europese Unie is volop bezig richtlijnen op te stellen die de contouren zullen vormen voor de wetgeving van de lidstaten.

Een derde pijler betreft de technische infrastructuur die zal worden opgezet. Vooral de ontwikkeling van

een beveiligde verwerkingsomgeving, met respect voor de privacy, is daarbij een belangrijk project. Ook daarvoor werkt de Europese Unie volop aan richtlijnen, die in 2027 gekend zullen zijn.

De vierde en laatste pijler betreft de bestaffing en het budget. De implementatie in de lidstaten wordt door de Europese Unie voorgelegd en focust op die vier grote pijlers. De voortgang van elke lidstaat wordt aan de Europese Unie gerapporteerd.

België speelt een voortrekkersrol. We zitten momenteel immers in de kopgroep in de Europese Unie inzake de implementatie van de EHDS. België beschikt immers al over een wettelijk opgericht Health Data Agency met beleidsorganen. Het personeelsbestand is in minder dan twee jaar tijd gegroeid van 2 naar 15 personeelsleden. Daarnaast is er een structureel budget voorzien.

Ook is er in ons land al een datacatalogus beschikbaar op de website van het HDA met beschikbare datasets. Er zijn er momenteel al meer dan 400 en die worden ook stelselmatig uitgebreid. Al die acties zijn verankerd in het strategisch plan en managementplan van het Health Data Agency en worden opgevolgd door de beheersorganen van het Health Data Agency en operationeel gemaakt door het team van het HDA. Verder wijdt het Health Data Actieplan ook een belangrijk luik aan de administratieve lastenverlaging voor zorgverleners. Het *only once*-principe is het uitgangspunt. Dat moet ervoor zorgen dat gegevens slechts één keer geregistreerd moeten worden. De werkgroep is opgestart en binnen enkele maanden verwachten we daarvan de eerste resultaten.

Wat betreft uw tweede vraag, de overdracht van healthdata.be van Sciensano naar het HDA is sinds 1 april van dit jaar een feit. De registers werden overgedragen van Health Data naar het HDA. Ook bijna alle medewerkers van Health Data maakten de overstap naar het HDA om de continuïteit te kunnen bewaren. Alle organisaties die gebruik maken van de diensten van healthdata.be werden gecontacteerd met het oog op de opmaak en het afsluiten van een aangepast contract. Momenteel heeft de grondige evaluatie van de bestaande technische infrastructuur een aanvang genomen. Aangezien de huidige infrastructuur nog enkele jaren in gebruik zal blijven, wordt maximaal ingezet op optimalisatie waar nodig.

In de toekomst zal datacollectie via de gefedereerde EHDS-infrastructuur verlopen. Die nieuwe opzet moet het bovendien mogelijk maken om waar nodig sneller nieuwe registers op te zetten en tegelijk de dubbele registratielast op het terrein verder te verminderen. Parallel daaraan werkt het HDA samen met de FOD Volksgezondheid en het RIZIV aan een nieuw registerbeleid. Daarbij wordt zowel de operationele werking als de technische organisatie van de volledige registerwerking doorgelicht. In dat kader werd eerder een nieuwe visie uitgewerkt en werden de rollen en de verantwoordelijkheden gedefinieerd, aansluitend bij de ontwikkelingen binnen de EHDS.

Een belangrijk luik is ook de evaluatie van de huidige registers, met name welke registers behouden moeten blijven en welke registers mogelijk niet meer of minder relevant zijn.

01.03 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, ik wil even repliceren op het laatste punt. Het is effectief van essentieel belang dat, zoals u het noemt, een registerbeleid wordt ontwikkeld om te bekijken welke registers nuttig zijn en nuttig kunnen blijven met betrekking tot ons gezondheidszorgbeleid.

Ik maak nu het sprongetje naar het opvolgen van het actieplan en het strategisch managementplan, zoals u het hebt genoemd. Het is goed dat het team nu is versterkt en uitgebreid en dat het plan wordt opgevolgd. Het beheerscomité moet daarin zijn rol spelen met betrekking tot de opvolging en de vier pijlers die u hebt genoemd.

Natuurlijk is de backoffice heel belangrijk met betrekking tot personeel, bestaffing, budget en infrastructuur. Voor het inhoudelijke beleid is het echter van fundamenteel belang dat wij de Health Data Access Body nader ontwikkelen. Dat moet de toegang tot data faciliteren en die data hebben wij soms nodig om ons gezondheidsbeleid te kunnen ontwikkelen.

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

02 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "AI en de gezondheidszorg" (56015148C)

02 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'IA et les soins de santé" (56015148C)

02.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, het gebruik en de integratie van artificiële intelligentie in onze gezondheidszorg zijn niet langer een toekomstscenario, maar al een hedendaagse realiteit die zowel enorme kansen als complexe uitdagingen biedt. Terwijl AI-systemen de diagnostiek versnellen en behandelingen personaliseren, rijzen er ook cruciale vragen omtrent ethiek, veiligheid en de juridische omkadering van AI.

Om die transitie in goede banen te leiden, kijken we uit naar het aangekondigde AI-actieplan voor volksgezondheid.

Het is essentieel dat België hierin niet op een eiland werkt, maar aansluit bij de internationale bakens die zijn uitgezet door organisaties zoals de WHO, de OESO en de Europese Unie. Ook op dat vlak zou het interessant zijn als we een voortrekkersrol konden spelen, net als bij *health data*, besproken in de vorige vraag. Bovendien moeten we voorkomen dat innovatie en nieuw onderzoek onbedoeld worden belemmerd door dubbele regelgeving, zeker wat betreft de samenloop van medische en technologische wetgeving.

Mijnheer de minister, in hoeverre zal het komende AI-actieplan voor volksgezondheid de richtsnoeren en de ethische aanbevelingen van de WHO, de OESO en de Europese Unie integreren?

Wat is de concrete timing voor de publicatie van dat actieplan? Hoe zal dat plan specifiek de brug slaan naar lopende en toekomstige innovatieprojecten binnen de zorgsector?

Hoe zal de Belgische overheid de interactie tussen de Medical Device Regulation en de nieuwe Europese AI Act handhaven, specifiek met betrekking tot medische hulpmiddelen die AI bevatten?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer Bertels, het aangekondigde AI-actieplan bouwt expliciet voort op de internationale kaders van de Europese Unie, de OESO en de Wereldgezondheidsorganisatie, die elk een complementaire rol spelen in de AI-governance in de zorg. Voor België vormt de Europese AI Act het juridisch bindende fundament.

AI-toepassingen in de gezondheidszorg, met name AI-software die als medisch hulpmiddel wordt ingezet, vallen grotendeels onder de categorie hoog risico. Ze moeten voldoen aan strenge eisen inzake veiligheid, transparantie, menselijk toezicht en postmarketmonitoring, in samenhang met de Medical Device Regulation en de In Vitro Diagnostic Medical Devices Regulation.

Daarnaast zal het actieplan systematisch rekening houden met de ethische en governanceprincipes van de WHO, die AI benadert als een middel om gezondheidsdoelstellingen te ondersteunen, met bijzondere aandacht voor billijkheid, patiëntveiligheid, inclusie en duurzaamheid. Ook de beleidsaanbevelingen van de OESO worden geïntegreerd, met de focus op betrouwbare AI, de impact op het zorgsysteem, workforce-implicaties en internationale samenwerking. Het uitgangspunt daarbij is dat die kaders niet met elkaar concurreren, maar gelaagd worden toegepast.

De Europese Unie bepaalt de juridische ondergrens en de handhaving, de WHO biedt het normatieve en ethische referentiekader en de OESO ondersteunt de strategische en economische beleidskeuzes. Die geïntegreerde benadering staat centraal in de verdere uitwerking van het Belgische AI-actieplan voor de gezondheidszorg.

We zijn ons er ten volle van bewust dat er een complexe interactie bestaat tussen de Medical Device Regulation en de nieuwe Europese AI Act, in het bijzonder voor medische hulpmiddelen die AI bevatten of erop berusten.

Binnen dat kader blijft de Medical Device Regulation het primaire regelgevingskader voor medische hulpmiddelen, inclusief software, met de focus op de veiligheid, performantie en de klinische evaluatie van het product. De AI Act voegt daaraan AI-specifieke vereisten toe voor systemen die als hoog risico worden beschouwd, onder meer op het vlak van grondrechten, datakwaliteit en governance,

transparantie, menselijke controle en continue monitoring van de prestaties.

Het Belgische beleid zal die samenloop gecoördineerd en proportioneel toepassen. Daarbij zien we erop toe dat we onnodige dubbele regulering vermijden en hebben we aandacht voor een duidelijke rolverdeling tussen de bevoegde autoriteiten, de ondersteuning van de zorginstellingen bij de naleving en rechtszekerheid voor innovatie binnen veilige grenzen.

Wat het toezicht betreft, blijft het bestaande kader voor medische hulpmiddelen onverminderd van toepassing. Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten is bevoegd voor medische hulpmiddelen en in-vitrodiagnostica en oefent al toezicht uit op die producten.

De Europese AI Act is inmiddels gedeeltelijk van kracht. Specifieke verplichtingen voor hoogrisico-AI-systemen die onder bestaande Europese productregelgeving vallen, waaronder medische hulpmiddelen, zullen vanaf 2027 van toepassing worden, met overgangsmaatregelen in specifieke gevallen.

Voor de toepassing van de AI Act wordt op federaal niveau, onder coördinatie van de FOD Economie, gewerkt aan een nationale toezichtstructuur. De verdere concretisering daarvan is momenteel nog in ontwikkeling en moet ook nog politiek worden gevalideerd. In het regeerakkoord is onder meer een rol weggelegd voor het BIPT. Tegelijk ligt het voor de hand dat sectorale autoriteiten, zoals het FAGG voor medische hulpmiddelen, binnen dat kader een belangrijke rol opnemen.

02.03 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik onthoud drie fundamentele principes.

Ten eerste, zoals ook de WHO terecht zegt, moet AI de gezondheid ondersteunen. U verwees er ook naar met betrekking tot de samenwerking met de WHO, de OESO, de Europese Unie en België. Dat is volgens mij van fundamenteel belang.

Ten tweede zijn we in België bezig met het actieplan en de uitwerking ervan. We zullen erover waken dat alles proportioneel blijft en dat er geen dubbele regelgeving komt.

Ten derde moeten we er met betrekking tot de MDR voor medische hulpmiddelen, samen met het FAGG, de FOD Economie en het BIPT, voor zorgen dat de regelgeving complementair is. De basisregelgeving blijft de MDR, terwijl de AI Act een bijkomende vereiste vormt voor een aantal hoogrisicogeveallen. We moeten die proportionaliteit en samenwerking blijven bewaken.

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

*Voorzitter: Irina De Knop.
Président: Irina De Knop.*

03 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De forensisch psychiatrische centra" (56014919C)

03 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les centres de psychiatrie légale" (56014919C)

03.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, in uw beleidsnota noemt u de zorg voor personen met een interneringsstatuut een duidelijke prioriteit en kondigt u bijkomende inspanningen inzake forensische zorg aan. Concreet gaat het om 120 bijkomende plaatsen, gespreid over forensische zorghuizen, ziekenhuizen en initiatieven voor beschut wonen. Daarnaast voorziet u in de versterking van de forensische mobiele teams met 120 extra begeleidingstrajecten, met als doel de doorstroming vanuit de gevangenissen te verbeteren en personen beter te begeleiden in hun thuissituatie of in een thuisvervangende woonvorm.

Die maatregelen moeten ervoor zorgen dat geïnterneerden sneller kunnen doorstromen naar meer aangepaste zorgvormen en dat hun zorgtraject beter wordt opgevolgd. Tegelijk stellen we vast dat er op het terrein nog grote twijfels bestaan over de effectieve impact van de maatregelen. Ondanks bijkomende middelen en initiatieven lijkt de doorstroming nog steeds beperkt.

In welke mate hebben de mobiele interneringsdiensten tot op heden concreet kunnen bijdragen aan de doorstroming van geïnterneerden vanuit detentie, FPC's en mediumsecurityinstellingen? Kunt u dat staven met cijfers, zoals het aantal begeleidingen en de effectieve uitstroom?

Op 23 maart is het eerste forensische zorghuis van Vlaanderen officieel geopend en dat is goed nieuws. Welke concrete impact verwacht u daarvan? Zijn er al indicatoren of resultaten bekend?

Wanneer openen de andere geplande forensische zorghuizen? Wat is de timing?

Op welke manier worden de mobiele teams en de forensische zorghuizen vandaag geëvalueerd op hun effectiviteit? Welke bijstellingen overweegt u eventueel?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, ten eerste, in 2025 liep er een traject met de Mobiele Equipes Internering, met als doel de werking van de verschillende mobiele equipes te uniformiseren en de opdrachten te heroriënteren. Daarbij zou de focus liggen op meer actieve samenwerking met actoren werkzaam in detentie en in forensisch psychiatrische centra om de uit- en doorstroom van geïnterneerde personen uit de penitentiaire instellingen en FPC's enerzijds en uit psychiatrische voorzieningen en doorheen het zorgtraject anderzijds te bevorderen, in complementariteit en subsidiariteit met zowel de gesubsidieerde als de niet-gesubsidieerde voorzieningen.

Dat traject heeft geleid tot een herwerkte kadernota met betrekking tot de mobiele equipes internering. Op basis van die kadernota loopt momenteel het proces tot operationele reorganisatie van de mobiele equipes. De oefening moet tegen eind juni 2026 leiden tot een nieuwe organisatietekst, waarin de principes uit de kadernota operationeel vertaald worden. Aan de oefening is een versterking van de mobiele equipes gekoppeld met in totaal 12 voltijdse eenheden. Dat zal minstens leiden tot 120 extra begeleidingsplaatsen. Per hof van beroep kunt u het gedetailleerd totaal aantal begeleidingsplaatsen raadplegen op de website van Netwerken internering. Ik zal nu dus niet in detail gaan.

Ten tweede, de forensische zorghuizen zijn bedoeld om doorstroom te creëren vanuit gevangenissen of psychiatrische behandelingsafdelingen met hoge of gemiddelde beveiliging. De verblijfsduur in de forensische zorghuizen wordt beperkt tot maximaal 1 jaar om voldoende turn-over te garanderen. Daartoe dient het project ingebed te worden in een ruimer zorgtraject, waarin continuïteit van zorg centraal staat. Het impliceert dat de overgang van de ene naar de andere setting zorgvuldig moet worden voorbereid om de overgang zo vlot mogelijk te laten verlopen. Een goede afstemming tussen de zorgverleners is daarbij essentieel.

Wat uw derde vraag betreft, alle 90 plaatsen zouden tegen december 2026 operationeel moeten zijn. Op dit moment zijn er - het eerste forensisch zorghuis werd geopend op 23 maart - 36 plaatsen en tijdens de zomer komen er nog bij en ook in 2027 zijn er in die zorgvorm bijkomende plaatsen gepland. We kunnen de cijfers bezorgen na de afronding van de projectoproep.

Wat uw vierde vraag betreft, de mobiele equipes en de forensische zorghuizen dienen een jaarverslag in, zoals alle pilootprojecten die worden gefinancierd in het kader van de ontwikkeling van het zorgtraject voor geïnterneerde personen. Daarin wordt nagegaan in hoeverre de projecten aan de contractuele voorwaarden voldoen. Daarnaast moeten die projecten driemaandelijks een bevraging invullen die wordt beheerd door de netwerkcoördinatoren en waarin naar de beschikbare plaatsen wordt gevraagd. Verwijzers kunnen die beschikbare plaatsen raadplegen op de website van Netwerken internering.

Kortom, we proberen zeer kort op de bal te spelen en echt hands-on vooruitgang te boeken.

03.03 **Els Van Hoof** (cd&v): Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister. Uw initiatieven zijn belangrijk om de doorstroom mogelijk maken en om extra plaatsen in de gevangenissen te creëren, zodat het aantal grondslapers daalt. Er verblijven 1.100 geïnterneerden in de gevangenissen. Verschillende internationale hoven en instellingen hebben België daarvoor terecht al veroordeeld. Het is dus later dan vijf over twaalf. Forensische zorghuizen en mobiele teams kunnen een cruciale rol spelen in de doorstroom vanuit de detentie. Op het terrein dringt men er wel op aan dat plaatsen vooral aan instromers uit detentie worden toegewezen en niet aan zij-instromers, zodat men toch grondslapers

kan vermijden. Men is er inderdaad bezorgd over of wel het juiste publiek in die voorzieningen terecht komt. We moeten dus de criteria op basis waarvan personen daar terechtkomen, tegen het licht houden, zodat zeker gedetineerden die vandaag op de grond slapen in de gevangenissen, daar een plaats krijgen. Aan de hand van een analyse van de cijfers en vastgestelde indicatoren moet u meten hoeveel grondslapers opnieuw een bed krijgen en nagaan of geïnterneerden op de juiste plaats terechtkomen.

Ik ben tevreden met uw ambitie met betrekking tot een termijn van één jaar in de forensische zorghuizen. We moeten beginnen te werken met duidelijke timings. Internering mag nooit levenslang zijn. Ook al is dat het uitgangspunt, we moeten vaststellen dat men in de FPC's tientallen jaren verblijft en dat is eigenlijk onaanvaardbaar. Er moet daar ook werk worden gemaakt van re-integratie. We moeten dus op verschillende fronten werken, waaronder dat van de zorg, met het oog op de ontlasting van de gevangenissen.

Ik noteer dat ik de cijfers kan consulteren. Ik zal hierover vragen blijven stellen, ook na de kadernota waarnaar ik uitkijk.

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

04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De modernisering van het klachtenlandschap en de versterking van de patiëntenrechten" (56015296C)

04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La modernisation du paysage en matière de dépôt de plaintes et le renforcement des droits du patient" (56015296C)

04.01 Frieda Gijbels (N-VA): Collega's, bedankt dat ik mijn vraag eerst mag stellen, want ik moet zo dadelijk naar de commissie voor Sociale Zaken.

Mijnheer de minister, ik heb een vraag die geïnspireerd is door de Dag van de Patiëntenrechten, die ondertussen al even achter ons ligt. De vraag blijft echter relevant want in het federale regeerakkoord hebben wij afgesproken dat het klachtrecht grondig zal worden gemoderniseerd, uiteraard in overleg met de deelstaten. Daarbij wordt ook verwezen naar een hervorming en versterking van zowel de opleiding als het statuut van de ombudspersonen en van het bredere landschap van de klachteninstanties.

Ik heb daarover een aantal concrete vragen.

Kunt u ten eerste een stand van zaken geven van de geplande modernisering van het klachtrecht in de gezondheidszorg? Wat is de stand van zaken? Is het mogelijk om daar al een meer concrete timing aan te koppelen?

Ten tweede, op welke manier zal worden gewerkt aan een toegankelijker en patiëntvriendelijker klachtensysteem? Is daar al overleg over opgestart met de deelstaten? Als dat het geval is, wat waren de eerste conclusies? Als dat niet het geval is, wanneer zou dat overleg worden opgestart?

Ten slotte, zal bij de hervorming ook aandacht worden besteed aan de rechten van de zorgverleners? Hoe zal worden gewaakt over een billijk evenwicht tussen de rechten van de patiënten en van de zorgverleners? Is er al meer duidelijkheid over de manier waarop de wettelijke notie van wederzijds respect zal worden ingevuld? Kunt u dat toelichten?

Kunt u een stand van zaken geven met betrekking tot de oprichting van de taskforce agressie?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Met betrekking tot het klachtrecht in de gezondheidszorg worden verschillende stappen gezet. We hebben recent de versterking van de instrumenten van de Federale Toezichtcommissie goedgekeurd. Dat gaat gepaard met een steeds grotere bekendheid van de Federale Toezichtcommissie. Dat is een onderdeel daarvan.

Daarnaast werd op het initiatief van de IMC Volksgezondheid binnen het interadministratief platform

een werkgroep opgezet tussen de federale en de gefedereerde overheden. In november 2025 werd een cartografie van instanties voor klachtenbehandeling, opgesteld door de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt, door de werkgroep gevalideerd. Die cartografie classificeert de bevoegde instanties naargelang de aard van de vraag van de patiënt en heeft tot doel de oriëntatie van burgers te verbeteren.

De tool is publiek toegankelijk via de website van de FOD Volksgezondheid. In de komende maanden zal de FOD inspanningen leveren om de leesbaarheid, zichtbaarheid en verspreiding van deze cartografie te versterken, onder meer via optimalisaties van de website en door het verkennen van mogelijke koppelingen met andere digitale tools, zoals mijngezondheid.belgie.be.

Parallel zal de werkgroep zich op het interadministratief platform buigen over het statuut van de ombudspersoon in de ziekenhuizen en over diens capaciteit om patiënten op gepaste wijze door te verwijzen.

Ondertussen zetten de Federale Ombudsdienst Rechten van de Patiënt en de Federale Toezichtcommissie ook in op een versterkte uitwisseling tussen de klachteninstanties, wat zal bijdragen tot het identificeren van aandachtspunten en verbeteringsmogelijkheden.

Tot slot kan ook in dit kader worden verwezen naar een modernisering van de Orde der artsen. Daarover starten we het gesprek met de Orde zelf op.

De kwestie van het wederzijds respect tussen patiënten en zorgverleners ligt mij, zoals u weet, na aan het hart. Dat was een zeer belangrijk element in de discussie over de wet inzake de patiëntenrechten. We hebben daar een kapstok ingebouwd om het te hebben over wederzijds respect. Mijn intentie is om hierover nog dit jaar verder studiewerk te laten verrichten, zodat we daar nu invulling aan kunnen geven.

Tot slot vond op 19 mei op de campus van het Universitair Medisch Centrum Sint-Pieter in Brussel de opstartvergadering plaats van de taskforce Preventie en Aanpak van Agressie tegen Zorgverleners.

Tijdens die vergadering werd een prioriteitenlijst opgesteld van mogelijke maatregelen tegen agressie die de taskforce zal laten onderzoeken. Op basis daarvan werd ook een planning gemaakt. Op 10 juni is de eerste inhoudelijke vergadering van de taskforce van start gegaan, over bodycams. Ik heb alle vertrouwen in de voorzitter van de taskforce, professor Vranckx, die samen met de taskforce grondig en efficiënt te werk zal gaan.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister. Het is heel goed dat er inderdaad een en ander in de steigers staat. We zullen dat dossier zeker mee opvolgen. We hebben trouwens zelf ook nog een wetsvoorstel om ervoor te zorgen dat de zichtbaarheid en de bekendheid van de verschillende klachteninstanties bij patiënten en burgers in het algemeen verbeteren. Ons idee is om eventueel ook over te gaan tot een affichering van die klachteninstanties in de wachtzalen van zorgverstrekkers of zorginstellingen. We zouden dat bijvoorbeeld kunnen integreren bij de tarieven die al verplicht geafficheerd moeten worden. Zo vraagt dat geen extra inspanningen van de zorgverstrekkers en biedt het tegelijk meer duidelijkheid en inzicht voor de patiënten. We kijken uit naar wat er verder nog op de planning zal staan.

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

05 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zorg voor patiënten met een psychotische problematiek" (56015287C)

05 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les soins aux patients atteints de troubles psychotiques" (56015287C)

05.01 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, we vernemen dat psychotische aandoeningen, zoals schizofrenie, een enorme impact hebben op het leven van patiënten en hun familie. Blijkbaar gaat het ook over een zeer grote groep, vergelijkbaar met de bevolking van middelgrote steden. Het probleem is dus aanzienlijk.

Recent werd een erg boeiend onderzoek uitgevoerd door het KCE en de KU Leuven. Daaruit blijkt dat de zorg voor die patiënten ernstig tekortschiet. Meer dan een op drie patiënten zou niet de nodige hulp krijgen door de lange wachttijden en het tekort aan gespecialiseerde zorgverleners. Daarnaast verloopt de overgang tussen de opname in de ambulante zorg en van ambulante naar residentiële zorg erg moeizaam, waardoor patiënten vaak aan hun lot worden overgelaten. Daarom heb ik een aantal vragen voorbereid.

Hoe interpreteert u zelf die vaststellingen, met name dat meer dan een derde van de patiënten geen toegang krijgt tot de nodige zorg?

Welke concrete maatregelen wilt u nemen om het tekort aan gespecialiseerde zorgverleners en de daarmee gepaard gaande lange wachttijden aan te pakken?

We weten dat de geestelijke gezondheidszorg u nauw aan het hart ligt. Zult u in het kader van de herijking van de nomenclatuur voorzien in een betere verloning van de geestelijke gezondheidszorgberoepen om die beroepen aantrekkelijker te maken en de capaciteit op te trekken? Overweegt u daarnaast stappen inzake de erkenning en inzet van ondersteunende geestelijke gezondheidszorgberoepen, zodat klinisch psychologen meer tijd kunnen vrijmaken voor de eigenlijke behandeling?

Hoe zult u de overgang van residentiële naar ambulante zorg beter organiseren, zodat mensen niet in een vacuüm terechtkomen?

Welke initiatieven zult u nemen om zorgvermijdend gedrag aan te pakken en het gebrek aan ziekte-inzicht bij deze doelgroep beter te detecteren en te verhelpen?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, het is inderdaad een belangrijke en ook een brede kwestie. Er zijn in het verleden vanuit de sector mooie initiatieven genomen met betrekking tot de kwaliteit van psychozorg en het respect voor patiënten die psychotisch zijn. Ik zal daar nu niet op ingaan omdat ik denk dat uw vraag vooral inzoomt op toegankelijkheid van voorzieningen en aanbod.

Uit onderzoek van professor Bruffaerts blijkt dat slechts drie op tien mensen hulp zoekt binnen het jaar na het begin van hun problemen en dat bij psychotische aandoeningen die termijn vaak nog hoger ligt. Bij de vaststelling dat een deel van de personen met een psychotische problematiek geen of laatijdig toegang heeft tot zorg spelen inderdaad ook specifieke kenmerken, zoals zorgvermijdend gedrag, stigma en een beperkt ziekte-inzicht. Voor het aanpakken van deze drempels zetten we federaal niet alleen in op het versterken van de toegankelijkheid van de zorg, maar ook op een outreachende en aanklappende werking van deze zorg.

Concreet gebeurt dit via verschillende sporen. Vooreerst wordt ingezet op vroegdetectie en vroeginterventie. Aangezien veel psychische aandoeningen zich op jonge leeftijd ontwikkelen, speelt de eerstelijns psychologische zorg daarin een belangrijke rol. Door hun aanwezigheid op laagdrempelige vindplaatsen – de outreachende werking – is een snellere detectie en interventie van de eerste symptomen mogelijk en indien nodig kan de zorg worden opgeschaald naar meer gespecialiseerde psychiatrische zorg.

Daarnaast wordt binnen de geestelijke gezondheidszorg verder geïnvesteerd in mobiele en aanklappende teams. Zowel de mobiele crisisteams als de teams voor langdurige zorg hanteren een outreachende en aanklappende werking. Mensen met psychose komen vaak voor het eerst in contact met de hulpverlening in een crisissituatie. Vandaar dat in het kader van de uitbouw van de crisis- en urgentiezorg, waarmee we bezig zijn, heel nauw wordt samengewerkt met huisartsen, maar ook met spoeddiensten en politiediensten, met als doel crisissituaties beter op te vangen en waar mogelijk gedwongen opnames te vermijden. De mobiele teams voor langdurige zorg worden ingeschakeld om de zorg en begeleiding na een residentiële opname verder op te nemen.

Bij de hervorming van de nomenclatuur behoort een structurele herijking van prestaties en vergoedingen op basis van objectieve criteria. Concrete tarieven zullen we later vastleggen. De erkenning van de ondersteunende GGZ-beroepen, waarnaar u ook verwijst, wordt op dit ogenblik

onderzocht.

05.03 Irina De Knop (Anders.): Dank u wel voor uw antwoorden. Op zich zijn het natuurlijk mooie antwoorden en mooie doelstellingen. De vraag is echter altijd of we ook bereiken wat we beogen. Op dat vlak denk ik dat we misschien toch wat meer mogen meten, namelijk of we de mensen bereiken, binnen welke termijn we hen bereiken en of ze vervolgens daadwerkelijk een succesvolle behandeling krijgen. Misschien had ik dat nog meer in mijn vraag moeten opnemen, maar dat mis ik nog altijd in uw antwoorden.

We moeten opletten dat we niet blijven steken in goede intenties en mooie bedoelingen, maar dat we met het gevoerde beleid ook daadwerkelijk impact hebben. Dat is zeker voor verdere opvolgingsvragen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijgende gezondheidszorguitgaven volgens het Federaal Planbureau" (56015680C)

06 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La hausse des dépenses de santé selon le Bureau fédéral du Plan" (56015680C)

06.01 Irina De Knop (Anders.): Het Federaal Planbureau heeft berekend dat de kosten bij ongewijzigd beleid tussen 2025 en 2035 met 10,9 miljard euro zouden toenemen. Dat komt neer op een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,6 %. Als die groei wordt gecumuleerd, gaat het om een gigantisch bedrag. De stijging wordt in belangrijke mate verklaard door de vergrijzing van de bevolking, maar ook andere factoren spelen een rol. De uitgaven voor farmaceutische verstrekkingen, artsenhonoraria en hospitalisaties zullen gevoelig toenemen onder druk van de sterk vergrijzende bevolking, zeker wanneer we het beleid voortzetten. Tegen die achtergrond, mijnheer de minister, rijzen belangrijke politieke en financiële vragen over de houdbaarheid van ons zorgsysteem en over manieren waarop we de groei beheersbaar kunnen houden.

Hoe evalueert u de prognose van het Federaal Planbureau dat de gezondheidszorguitgaven tegen 2035 met 10,9 miljard euro zullen toenemen? Dat is echt niet zo lang meer.

Op welke manier wilt u voort inzetten op efficiëntiewinsten in de gezondheidszorg? Welke rol ziet u voor preventie, gelet op het feit dat we voor iedere euro die we aan preventie uitgeven, er vier euro in de gezondheidszorg kunnen besparen?

In welke mate zult u investeren in digitalisering en innovatie om met dezelfde middelen en hetzelfde zorgpersoneel meer te kunnen doen dan vandaag? In welke mate wilt u verder investeren in ambulante zorg om mensen uit het ziekenhuis te houden? Intramurale ziekenhuiszorg is immers veel duurder dan ambulante zorg.

In welke mate wordt de verwachte uitgavengroei nu al geïntegreerd in de meerjarenbegroting van de gezondheidszorg?

Acht u tot slot bijkomende structurele hervormingen noodzakelijk om de financiële houdbaarheid op lange termijn te garanderen? Zo ja, hoe zult u daarbij een evenwicht bewaren tussen de budgettaire houdbaarheid enerzijds en de ondersteuning van zorgverleners en innovatie anderzijds?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: De vooruitzichten wijzen inderdaad op een zeer aanzienlijke structurele budgettaire druk op de gezondheidszorg. De demografie, de toenemende zorgvraag bij chronische aandoeningen en de voortdurende medische en farmaceutische innovatie spelen daarin een rol.

Wanneer het Federaal Planbureau een dergelijke berekening voorlegt, moeten we dat beschouwen als een referentiescenario dat een analytisch kader biedt om beleidskeuzes te maken. Zoals bij elke langetermijnprojectie blijft dat natuurlijk onderhevig aan onzekerheden en zeer gevoelig voor de

beleidskeuzes die we maken, alsook voor macro-economische ontwikkelingen.

In het algemeen zou ik zeggen dat het kraantje gewoon openzetten en het geld laten rollen absoluut geen optie is. Omgekeerd is de groeinorm of zelfs de index bevroren, zoals u en uw collega's hier soms min of meer suggereren, in alle eerlijkheid volgens mij ook geen oplossing. We moeten investeren en hervormen. Dat betekent inzetten op doelmatigheid, budgettaire verantwoordelijkheid en een goede opvolging van de uitgaven en dat doen we ook. Bij elke begroting nemen we maatregelen om uitgaven te heroriënteren en zinloze of ondoelmatige uitgaven uit het systeem te houden. Daarover hebben we al vaak gediscussieerd. Dat betekent dat we de ziekenhuisfinanciering moeten hervormen, onder andere met het oog op de vermindering van de prestatiedruk in de ziekenhuizen, dat we de artsenomenclatuur moeten herijken en dat we het ziekenhuislandschap zelf moeten hervormen.

Ik was gisteren te gast op een uiterst interessant studiemoment in het Universitair Ziekenhuis in Leuven. Daarbij waren ook veel mensen uit de woonzorgcentra in de regio Leuven aanwezig, evenals vertegenwoordigers van huisartsen. Het ging over de ouderenzorg in de regio en de rol die het ziekenhuis daarin speelt. Er werd heel goed geïllustreerd dat men een deel van het beroep op ziekenhuiszorg, dure spoedzorg en spoedgevallendiensten kan vermijden bij een oudere bevolking, als men de zorg beter organiseert. Daar geloof ik zeer sterk in.

De CEO van het Universitair Ziekenhuis Leuven gaf in zijn zeer mooie inleiding aan dat de inzet eigenlijk is dat we *low value care*, zorg met weinig meerwaarde, moeten vermijden. We moeten daarentegen inzetten op zorg met een hoge meerwaarde. Dat gaat overigens niet alleen over geld, maar ook over de druk die we op het beschikbare personeel leggen.

Ik kan u overigens zeggen dat we vanmorgen, in de Interministeriële Conferentie met de ministers van Volksgezondheid, een principeakkoord hebben bereikt over een belangrijke hervorming van het ziekenhuislandschap. Ook dat is naar de toekomst een manier om het beschikbare personeel beter in te zetten. Wanneer we bijvoorbeeld meer inzetten op daghospitalisatie, is dat geen besparingsverhaal, maar een manier om het personeel beter te gebruiken en beter in te spelen op de druk.

Wat preventie betreft, ben ik het natuurlijk helemaal met u eens. Ik stel wel vast dat u soms nogal terughoudend reageert wanneer ik voor bepaalde preventiemaatregelen pleit, omdat u niet houdt van gebods- en verbodsbepalingen. Mooie woorden over preventie zullen niet veel uithalen, als we niet hier en daar eens durven iets te gebieden of te verbieden.

U vraagt in welke mate de verwachte uitgavengroei al geïntegreerd is in de meerjarenbegroting van de gezondheidszorg. In technische zin bestaat er niet zoiets als een meerjarenbegroting, maar de regering heeft wel politiek het budgettaire pad voor de gezondheidszorg voor deze legislatuur bepaald. Het is precies de confrontatie van modelmatige verwachtingen, zoals die van PROMES, het Federaal Planbureau of de ramingen van het actuaariaat van het RIZIV, met dat politiek vastgelegde kader dat aantoonst dat men moet ingrijpen en waar dat dan moet.

Net de confrontatie tussen het investeringskader met een groeikader en een investeringspad dat de regering heeft vastgelegd, en wat er gebeurt als men het kraantje gewoon openzet, maakt mij duidelijk dat we het kraantje niet kunnen openzetten en alles gewoon laten lopen. We moeten investeren en hervormen. Bijkomende structurele hervormingen zijn dus absoluut noodzakelijk.

06.03 Irina De Knop (Anders.): Mijnheer de minister, het is onmogelijk om binnen één minuut verder in te gaan op al uw antwoorden, maar ze zijn uitermate interessant. Het zou mooi zijn als we over dat onderwerp eens echt een debat zouden kunnen voeren. Ik vind dat u zichzelf een beetje tegensprekt. U zegt enerzijds dat we het kraantje niet mogen laten lopen en anderzijds blijft u pleiten voor de vastgelegde groeinorm. Het ene botst met het andere. Ik hoor u graag zeggen dat er ook geïnvesteerd en hervormd moet worden, maar het is voor mij toch onduidelijk welke belangrijke werven u ziet naast de hervorming van het ziekenhuislandschap en de daaraan gekoppelde nomenclatuurvorming. Ik kijk trouwens uit naar de beslissing inzake de hervorming van de ziekenhuissector in het interministerieel comité. Er zal evenwel zeker meer nodig zijn. Als we onze gezondheidszorg in de toekomst willen verzekeren, zullen we ook bereid moeten zijn om op verschillende vlakken een verschuiving door te voeren.

U verwees naar de studiedag van de KU Leuven over ouderenzorg. Welnu, ik ben het met u eens dat

het inderdaad heel anders kan. Ziekenhuizen kunnen zeker kosten vermijden wanneer zij alleen inzetten op datgene waarvoor zij een meerwaarde bieden. Dat betekent ook dat u meer in de ambulante zorg moet investeren. Jammer genoeg zien we vaak dat u van leer trekt tegen de zorgverleners die actief zijn in die ambulante zorg, terwijl zij net uw partners van de toekomst moeten zijn. Zij moeten op een manier worden vergoed die voldoende motiverend werkt om dat werk ook in de toekomst te blijven uitvoeren. We mogen niet alleen kijken naar de belangen van enkele grotere groeperingen, maar moeten ook de ondernemers in de gezondheidszorg blijven ondersteunen.

Dank u wel voor uw antwoorden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le déploiement du phénotypage sanguin étendu pour renforcer la sécurité transfusionnelle" (56015458C)

07 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een uitgebreide bloedfenotypering voor veiligere bloedtransfusies" (56015458C)

07.01 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, la sécurité transfusionnelle constitue un pilier essentiel de notre système de santé. Or plusieurs signes récents mettent en évidence des tensions croissantes sur la disponibilité de certains groupes sanguins et sur l'adéquation entre les donneurs et les receveurs. Cela peut se révéler très rapidement dramatique, d'autant plus en période estivale.

La Croix-Rouge indique que la pression est particulièrement forte sur le groupe O-, qui ne représente que 6 % de la population belge, alors que 12 % des patients transfusés en ont besoin. Ce décalage, déjà important, peut rapidement devenir très problématique. Par ailleurs, certains antigènes sanguins étant plus fréquents dans des populations d'origine africaine, le recrutement de donneurs de toutes les origines apparaît comme un enjeu majeur en matière de santé publique. Je tiens à préciser, ici, que c'est bien un universaliste qui vous parle.

Dans ce contexte, le phénotypage sanguin étendu joue un rôle crucial pour prévenir les accidents transfusionnels. Il est indispensable pour des publics à risque: femmes enceintes, patients oncologiques ou atteints de drépanocytose.

Cette maladie, dont il a été question à l'instant, est aujourd'hui la plus fréquente des maladies génétiques. Elle nécessite des transfusions répétées: une seule crise peut mobiliser une dizaine de poches de sang, et cela peut se produire plusieurs fois par an.

Actuellement, si le phénotypage étendu est généralisé chez certains patients, il reste peu développé chez les donneurs, principalement pour des raisons de financement. Pourtant, sa généralisation, dès la première prise de sang, permettrait d'améliorer significativement la compatibilité transfusionnelle et d'anticiper les besoins. À terme, certains experts évoquent même son intégration dans le dossier médical global (DMG), voire dans des supports d'identification sécurisés.

Dès lors, monsieur le ministre, quelle est la stratégie actuelle du gouvernement en matière de phénotypage sanguin étendu, tant chez les patients que chez les donneurs? Des moyens budgétaires supplémentaires sont-ils envisagés afin de permettre cette généralisation du phénotypage? Peut-on espérer un programme national structuré des phénotypes, si l'on estime qu'il y a un intérêt? Quelles mesures sont-elles prévues pour améliorer le recrutement de donneurs issus de la diversité, afin de mieux répondre aux besoins spécifiques liés à certains antigènes sanguins?

Une réflexion est-elle en cours concernant l'intégration du phénotypage sanguin étendu dans le dossier médical électronique, par exemple, ou dans par d'autres voies? Une évaluation de l'impact coût-bénéfice d'un tel déploiement à grande échelle a-t-elle déjà été réalisée par vos services?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Merci, monsieur Cornillie. Pour répondre à votre première question, la stratégie est la suivante: auprès de chaque donneur, une détermination de base du groupe sanguin ABO et Rhésus est effectuée. Le typage étendu, c'est-à-dire le phénotypage ou le génotypage, est réalisé de manière plus sélective, notamment en fonction du groupe sanguin du donneur ou des risques présentés par les patients. Concrètement, un typage étendu est considéré comme nécessaire

lorsque le receveur a besoin d'une compatibilité plus précise, notamment après une immunisation consécutive à une transfusion ou à une grossesse. Dans ces cas, le patient ne peut recevoir du sang comportant des antigènes contre lesquels il a développé des anticorps. La stratégie et les critères relatifs au typage étendu sont définis par les établissements de transfusion sanguine, principalement la Croix-Rouge de Belgique et Rode Kruis-Vlaanderen. L'objectif de disposer de 40 % de donneurs phénotypés et/ou génotypés fait l'objet d'un consensus entre la Croix-Rouge de Belgique et Rode Kruis-Vlaanderen.

En ce qui concerne votre deuxième question relative aux moyens budgétaires, les établissements de transfusion sanguine financent jusqu'à présent les typages étendus sur leurs ressources propres, c'est-à-dire au moyen de leurs ressources financières existantes. Ils m'ont transmis, voici quelques jours, une estimation des coûts. Ma cellule stratégique examine actuellement cette estimation.

Concernant votre troisième question, ce qui importe avant tout, c'est que les établissements de transfusion atteignent l'objectif de 40 % de typages étendus et réalisent ceux-ci directement au niveau des donneurs. Cela présente l'avantage que les dons ultérieurs ne devront plus faire l'objet d'un nouveau typage. En revanche, les typages réalisés dans les hôpitaux en raison de l'absence, dans les stocks des établissements de transfusion, d'un groupe sanguin spécifique ne présentent pas cet avantage. Dans ce cas, un nouveau typage devra être réalisé lors d'un don ultérieur du même donneur.

Quatrièmement, les initiatives en matière de recrutement des donneurs issus de la diversité relèvent principalement des établissements de transfusions sanguines. Aussi bien la Croix-Rouge Belgique que la Rode Kruis Vlaanderen mènent depuis plusieurs années des campagnes ciblées auprès des populations issues de la diversité, notamment d'origine nord-africaine ou turque, dont la campagne *Missing Minorities (MIMI)*. Ces actions ont permis d'augmenter le nombre de donneurs concernés d'environ 15 % depuis 2018. Toutefois, la demande pour des produits sanguins compatibles a évolué dans des proportions similaires.

Cinquièmement, le dossier médical global (DMG) est géré par le médecin généraliste. En revanche, les informations relatives aux antigènes, groupes sanguins, antigènes érythrocytaires et plaquettaires doivent être accessibles aux technologues de laboratoire et aux biologistes cliniques des banques de sang hospitalières afin d'optimiser la sélection des poches de sang et de sécuriser la transfusion. Quant à l'intégration du phénotypage du patient dans le DMG, une réflexion menée par un groupe de travail de BeQuinT, une initiative du SPF Santé publique, est en cours sur la manière de rendre consultable, de façon structurée, l'historique des antigènes et des anticorps, des anti-érythrocytaires et des antiplaquettaires identifiés dans un ou plusieurs hôpitaux belges par ces professionnels, idéalement via un mécanisme d'échange interhospitalier adapté.

En outre, il serait utile qu'on réfléchisse également à l'intégration du groupe sanguin et du typage étendu des donneurs dans le DMG.

Pour finir, nous ne disposons pas encore d'une telle étude d'impact.

Présidente: Caroline Désir.

Voorzitter: Caroline Désir.

07.03 Hervé Cornillie (MR): Merci, monsieur le ministre, de vos éléments de réponse. Je vous ai attentivement écouté et je suis heureux que cette question ne tombe pas trop mal, car elle rejoint les demandes notamment budgétaires que le secteur vous a adressées. Je ne peux pas réduire cela évidemment à une question de budget, mais nous avons bien compris que la stratégie en la matière, même si elle relève de la responsabilité des établissements du don du sang, est effectivement tributaire des moyens disponibles. Nous sentons bien l'intérêt qu'il y a à connaître ces informations de manière plus généralisée et structurelle. Tout ce qui va permettre de tendre vers la disponibilité de l'information dans le chef du donneur – pour que tous les bénéficiaires soient sécurisés dans la transfusion dont ils vont bénéficier – est fondamental.

Je vois que la porte n'est pas totalement fermée à une évolution en la matière et que ces données sont aujourd'hui à l'étude au sein de votre cabinet. Sincèrement, je pense que si l'on pouvait à tout le moins obtenir cette information pour les donneurs réguliers – évidemment, il faut s'entendre sur la définition de donneur régulier – et que cette information soit disponible de manière sécurisée à travers les outils

qui sont à l'étude, notamment à l'initiative du SPF Santé, je crois que nous progresserons, tout comme la santé et la sécurité transfusionnelle. Bref, tout le monde y gagnera, même si en effet la question budgétaire n'est pas neutre et que celle-ci est à l'étude.

Monsieur le ministre, en revanche, je ne pense pas que vous ayez parlé d'un calendrier, mais il sera sans doute opportun de revenir sur ce sujet dans quelques mois, lorsque votre réflexion et celle de vos équipes auront progressé sur la question. Merci encore, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Testing des dons de sang et renforcement de la vigilance épidémiologique face aux risques émergents" (56015459C)

08 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het testen van gedoneerd bloed en de grotere epidemiologische waakzaamheid voor nieuwe risico's" (56015459C)

08.01 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, nous restons sur le sujet de la chaîne transfusionnelle et de sa sécurité avec des protocoles de dépistage particulièrement rigoureux, et c'est tout à fait normal quand on sait notamment ce que, par le passé, ces questions ont pu nous apporter de tracas et d'ennuis sur le plan de la santé.

Les dons de sang font l'objet de tests systématiques, par exemple pour le VIH et pour les hépatites B et C, auxquels peuvent s'ajouter, en fonction du contexte épidémiologique, d'autres agents infectieux tels que l'hépatite E. La vigilance épidémiologique devient toutefois de plus en plus complexe dans un contexte marqué par l'émergence ou la réémergence de maladies transmissibles, notamment vectorielles. On pense en particulier au virus du Nil occidental, à la dengue ou encore au chikungunya, dont les moustiques vecteurs sont désormais présents en Europe occidentale et dont le virus peut se reproduire dès 14°C.

À cela s'ajoutent des risques environnementaux ponctuels, susceptibles d'influencer la sécurité sanitaire, comme cela a pu être évoqué dans certaines régions européennes suite à des inquiétudes liées à des contaminations environnementales.

Dans ce contexte, la transfusion sanguine ne constitue pas seulement un acte thérapeutique mais peut également jouer un rôle de sentinelle en matière de santé publique, dans la mesure où certains agents infectieux circulent de manière asymptomatique dans la population générale. Cependant, l'extension et l'adaptation constantes des stratégies de dépistage soulèvent des enjeux financiers importants – on l'a évoqué dans un autre contexte précédemment – liés au coût des tests supplémentaires, à leur mise en œuvre et à leur actualisation en fonction des risques émergents.

Je vous avais adressé quelques petites questions, que je vais synthétiser rapidement.

1. Comment est organisée la surveillance épidémiologique dans notre pays, notamment en fonction des risques émergents?
2. Quels agents pathogènes supplémentaires font particulièrement l'objet d'un suivi?
3. L'évaluation récente des coûts liés à l'élargissement des tests dépistage a-t-elle été réalisée et quelles sont les conclusions tirées par vos services?
4. Le gouvernement prévoit-il des financements supplémentaires afin de garantir un haut niveau de sécurité transfusionnelle, notamment face aux nouveaux risques, sans fragiliser l'équilibre du système de collecte actuel, qui reste bien sûr indispensable comme base?
5. Dans quelle mesure la Belgique collabore-t-elle avec des partenaires européens pour harmoniser les pratiques de *testing* et partager les données de vigilance épidémiologique pour des raisons de santé publique et de gouvernance de la politique de la santé?

6. Enfin, une réflexion est-elle en cours pour renforcer le rôle du don de sang comme outil de surveillance sanitaire, notamment via une meilleure exploitation des données collectées, dans le respect de la vie privée, bien entendu?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Cornillie, la surveillance épidémiologique des dons de sang en Belgique est légalement encadrée par la loi du 5 juillet 1994 relative au sang et aux dérivés du sang d'origine humaine, ainsi que par ses arrêtés d'exécution. L'AFMPS assure le contrôle de l'application de cette réglementation et élabore des lignes directrices sur la base de données scientifiques et d'avis émanant notamment de l'ECDC et de Sciensano.

Cette surveillance comprend notamment le dépistage systématique des agents pathogènes présentant une phase sanguine, tels que le VIH, le VHB ou le VHC, par test NAT et/ou sérologie, ainsi que le HTLV, la syphilis et, par exemple, le paludisme.

Par ailleurs, la sécurité transfusionnelle repose sur une sélection rigoureuse des donneurs, incluant des mesures d'exclusion temporaire ou définitive et des mesures complémentaires ciblées en cas de risque épidémiologique accru.

Il n'existe pas d'autres dépistages systématiques. En revanche, des tests complémentaires ciblés sont réalisés sur la base des risques mentionnés dans le questionnaire médical. Ils concernent le HTLV, c'est-à-dire le virus lymphotrope T humain, le T. cruzi, la malaria, ainsi que le WNV (West Nile virus). En cas de risque de transmission d'autres virus tels que la dengue, le chikungunya ou le Zika, les donneurs sont temporairement exclus. Si cela s'avère nécessaire, des dépistages spécifiques peuvent être ajoutés, comme cela a été le cas pour mesurer la prévalence des anticorps contre le Covid-19 chez les donneurs.

En ce qui concerne les tests pour les arboviroses, donc transmises par des arthropodes, qui pourraient être nécessaires, les coûts seront de l'ordre de 20 euros par test.

Quant à votre troisième question, afin de donner un ordre de grandeur, en Flandre, environ 3 200 dons par an durant la période de juillet à décembre sont testés pour le WNV afin de pouvoir accepter les donneurs ayant séjourné dans une zone à risque. Cela représente un coût annuel d'environ 64 000 euros.

De même, pour notre sphère d'activité en Wallonie et à Bruxelles, nous avons procédé aux tests de 1 505 et 1 420 donneurs, respectivement en 2024 et 2025. Nos prévisions pour 2026 se situent dans le même ordre de grandeur et le coût est d'environ 20 euros par test.

Pour ce qui est de votre quatrième question, je suis en concertation avec des représentants des établissements de sang, afin d'évaluer les conséquences financières liées à la réalisation de tests supplémentaires à l'avenir.

Eu égard à la cinquième question, la Belgique participe activement à la coopération européenne en matière de sécurité transfusionnelle. La Croix-Rouge de Belgique et De Rode-Kruis Vlaanderen prennent, à leur initiative, part aux travaux de l'European Blood Alliance, notamment par leur participation à l'Emerging Infectious Disease Monitor, qui vise à favoriser le partage d'informations sur les maladies infectieuses émergentes et à renforcer la vigilance collective.

L'AFMPS suit de près les lignes directrices du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) et participe aux réunions et instances de concertation européennes pertinentes dans ce domaine. L'ECDC est responsable, au sein de l'Union européenne, de la sécurité microbiologique des dons de sang, conformément au règlement (UE) 2024/1938, relatif aux substances d'origine humaine – c'est le règlement SoHO – en particulier aux articles 56 et 59, dont l'application est prévue à partir d'août 2027.

En réponse à votre sixième question, les données des donneurs de sang ont déjà été utilisées, de manière anonymisée, par le passé à des fins épidémiologiques, notamment par Sciensano pendant la pandémie du Covid-19 et pour la prévalence de l'hépatite E.

En ce qui concerne la surveillance épidémiologique, je souhaite attirer votre attention sur le

développement de la surveillance des eaux usées. Il s'agit d'une approche innovante relevant du concept "One Health", utilisée pour surveiller un large éventail de problématiques de santé publique, notamment les maladies infectieuses, mais aussi l'usage de drogues illicites, la résistance aux antimicrobiens, l'usage des médicaments, l'exposition à des substances chimiques ainsi que bien d'autres marques biologiques.

08.03 **Hervé Cornillie** (MR): Merci de cette réponse intéressante et multiple. Nous avons précédemment discuté de l'importance de l'information de base sur les personnes concernées par les tests. Ce questionnaire est fondamental, car il permet de s'adapter aux réponses qu'il fournit. Il s'appuie également sur une forme de confiance avec l'intéressé. On comprend l'intérêt de tests plus systématiques, mais comme vous l'avez expliqué dans votre réponse précédente, tout cela représente un coût supplémentaire pour la sécurité sociale et la collectivité. Vous avez donné l'exemple du Covid-19, qui est le meilleur exemple d'un test complémentaire qui peut être demandé et des usages qui peuvent être faits des données. Il y a peut-être un chemin intermédiaire, entre une généralisation de toute une série de tests et la situation actuelle, de manière à consolider l'information disponible afin de renforcer la sécurité transfusionnelle et, ainsi, la santé de nos concitoyens. J'imagine que nous aurons l'occasion d'y revenir, puisque vous avez évoqué le fait que, là aussi, des réflexions sont en cours. Je ne manquerai pas de revenir vers vous sur ce sujet dans quelques mois.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56015468C de Mme Katleen Bury est reportée.

09 **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du prix des préservatifs" (56015492C)**

09 **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De prijsstijging voor condooms" (56015492C)**

09.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, selon plusieurs informations parues dans la presse, le prix des préservatifs pourrait augmenter de manière assez significative en raison de la guerre au Moyen-Orient.

Les pénuries de composants chimiques dérivés du pétrole et la hausse du prix des matières premières déstabilisent en effet la chaîne d'approvisionnement, certaines estimations évoquant des hausses pouvant atteindre 25 à 30 % chez certains fabricants. C'est évidemment une évolution préoccupante, puisque le préservatif reste un outil central en matière de contraception et de prévention contre les infections sexuellement transmissibles. Une augmentation sensible de son prix pourrait donc constituer un frein à son utilisation, en particulier chez les jeunes et les publics les plus vulnérables. Dans un contexte où l'on observe déjà des signaux préoccupants en matière d'utilisation des préservatifs, il est essentiel de garantir un accès large, simple et abordable à ce moyen de protection.

Monsieur le ministre, avez-vous été informé de cette hausse annoncée et de son impact potentiel en Belgique? Vu les conséquences potentielles de cette augmentation de prix, quelles mesures envisagez-vous pour garantir l'accessibilité financière des préservatifs, notamment pour les jeunes et pour les publics précarisés?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'augmentation potentielle du prix des préservatifs s'explique par deux facteurs: la guerre au Moyen-Orient et la politique démographique du gouvernement chinois, qui a décidé d'augmenter le prix de certains produits contraceptifs afin d'encourager la natalité. Nous pouvons donc effectivement nous attendre à une hausse du prix des préservatifs. L'essentiel est toutefois de garantir l'accès à ces produits, car le préservatif demeure un outil central tant pour la contraception que pour la prévention des infections sexuellement transmissibles.

Cela étant, la promotion de la santé sexuelle s'inscrit dans le cadre de la compétence de prévention des communautés. La distribution et la mise à disposition gratuite de préservatifs auprès des publics les plus vulnérables font néanmoins l'objet d'une attention particulière dans le cadre du plan interfédéral VIH, mis en œuvre conjointement avec les entités fédérées. Une large distribution gratuite de préservatifs masculins et féminins est ainsi assurée auprès des groupes cibles prioritaires, notamment les travailleuses et travailleurs du sexe, dans les lieux de rencontre et les bars LGBTQIA+. De même,

des préservatifs sont distribués gratuitement auprès des groupes cibles au sein desquels leur utilisation n'est pas encore suffisamment intégrée.

09.03 Caroline Désir (PS): Merci, monsieur le ministre. Je vais donc suggérer à mes collègues de la Communauté française d'interpeller également le ministre compétent sur cette question, car la situation nous paraît effectivement très préoccupante. Nous ne voudrions pas que l'accès à ces moyens de contraception, qui sont à la fois nécessaires et efficaces, soit entravé par une augmentation soudaine et importante de leur prix.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente:** Les questions n° 56015493C et n° 56015509C de Mme Ludivine Dedonder, n° 56015503C, n° 56015504C et n° 56015531C de Mme Natalie Eggermont; n° 56015517C et n° 56015518C de Mme Dominiek Sneppe sont reportées.

10 Vraag van Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Alcoholverkoop in ziekenhuizen" (56015566C)

10 Question de Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vente d'alcool dans les hôpitaux" (56015566C)

10.01 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, het gaat om een vraag die ik al twee maanden geleden heb ingediend naar aanleiding van een reportage in het VTM-programma *Ze Zeggen Dat*. Daarin zagen we een aantal schrikwekkende beelden van acteurs die zich voordeden als patiënten. In nachtkledij en als patiënt gekleed probeerden zij in de shops en cafetaria's van ziekenhuizen alcohol te kopen. Tot verrassing van de makers, en ook van mezelf, lukte dat in verschillende gevallen.

Ik denk dat we het erover eens zijn dat alcohol een problematische plaats heeft in ziekenhuizen. Het Vlaams expertisecentrum Alcohol en andere Drugs adviseert al langer om de verkoop van alcohol in ziekenhuizen te verbieden. In het interfederaal alcoholplan lees ik dat het wel de bedoeling is de alcoholverkoop in ziekenhuizen te bannen, maar dat dit tot nu toe de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen zelf is. Er zijn wel een aantal ontradende maatregelen genomen, maar dat is toch een beetje Belgisch surrealisme: er mag dus alcohol worden verkocht in ziekenhuizen, maar het bier en de wijn mogen niet gekoeld zijn. Tot daar het ontradende effect.

Mijn vragen zijn dan ook de volgende. Hoe evalueert u de huidige aanpak met betrekking tot de verkoop van alcohol in ziekenhuizen? Welke economische belangen hebben ziekenhuizen bij de verkoop van alcohol? Hoe verhoudt zich dat tot de gezondheidseconomische belangen? Welke stappen mogen we van u verwachten met betrekking tot een verdere beperking of een verbod op de verkoop van alcohol in ziekenhuizen?

10.02 Minister Frank Vandenbroucke: Over het verbod op de verkoop van alcohol in ziekenhuizen is in de vorige regering een uitgebreid debat gevoerd. Dat betekent dat het Belgische surrealisme waarnaar u verwijst, mede door de Ecolo-Groenfractie werd beslist en geïmplementeerd. De goeden beteren zich natuurlijk.

Dat gezegd zijnde, ten eerste werden de beperkingen op de verkoop van alcohol die als compromis daaruit voortvloeiden, opgenomen in de interfederale strategie inzake schadelijk gebruik van alcohol en geïmplementeerd via aanpassingen aan de wet van 24 januari 1977.

Het is verboden alcoholische dranken in de handel te brengen in ziekenhuizen, met uitzondering van niet-gekoeld bier en niet-gekoelde wijn. Het in de handel brengen met het oog op consumptie ter plaatse in de cafetaria is wel nog toegelaten. De geest achter de wetgeving is de bescherming van de gezondheid en voorkomen dat patiënten alcohol drinken zonder medisch toezicht.

Indien patiënten er effectief in slagen om, zoals blijkt uit het tv-programma, aanzienlijke hoeveelheden alcohol te kopen zonder enig toezicht, laat staan medisch toezicht, dan dient te worden bekeken op

welke manier alsnog de geest van de wetgeving kan worden gerespecteerd. Ik ben persoonlijk voorstander van een volledig verbod op de verkoop van alcohol in ziekenhuizen. Dat is immers contradictorisch met de kerntaak van ziekenhuizen, maar dat was het politieke compromis in de vorige regering.

Voor alle duidelijkheid, het ging om een politiek compromis over het beleidskader. Ziekenhuizen hebben de vrijheid om verder te gaan dan wat de wet voorschrijft. Zij kunnen de verkoop van alcohol op eigen initiatief volledig verbieden. Er zijn enkele ziekenhuizen die deze stap al hebben gezet. Dat kan alleen maar worden aangemoedigd. Overigens meen ik niet dat ziekenhuizen met elkaar concurreren op basis van de vraag of er al dan niet alcohol wordt verkocht. Niets houdt ziekenhuizen dus tegen om dat te beslissen als zij dat verstandiger vinden.

Ten tweede, de interfederale strategie inzake schadelijk alcoholgebruik verwijst naar de SOCOST-studie van Lievens en anderen uit 2016. Alcoholgebruik heeft gevolgen voor de gezondheid en leidt tot aanzienlijke sociale verliezen voor individuen en de samenleving als geheel. Wij weten bijvoorbeeld dat de directe kosten van alcoholgebruik 1,29 miljard euro bedragen en de indirecte kosten 778 miljoen euro. Wij weten ook dat door alcoholgebruik 175.100 gezonde levensjaren verloren zijn gegaan. Dat komt overeen met een kostprijs van 7 miljard euro wanneer dat in euro wordt uitgedrukt. De ontvangsten voor de Staat bedragen 1,8 miljard euro. De eventuele winsten voor ziekenhuizen uit de verkoop van alcohol wegen daar absoluut niet tegen op.

U weet dat er in het regeerakkoord geen verdere maatregelen opgenomen zijn inzake de verkoop van alcohol in ziekenhuizen. Deze maatregelen zijn in de vorige legislatuur in de wet opgenomen, mede met de hulp van uw fractie,

Ik kan ziekenhuizen enkel aanmoedigen naar een volledig alcoholverbod te gaan, maar ik het er ook begrip voor dat niet alle ziekenhuizen dat meteen beslissen.

10.03 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister, al begon u weer met een standaardantwoord: u hebt daaraan meegewerkt. U weet ook dat wij in de vorige legislatuur voorstander waren van een volledig verbod op de verkoop van alcohol. We blijven dat ook in deze legislatuur, compromis in de vorige legislatuur of niet.

U hebt zelf zeer goed door, meen ik, wat het gezondheidseffect van alcohol is en dat de eventuele opbrengsten totaal niet opwegen tegen de gezondheidseffecten.

Ik begrijp uit uw antwoord dat u zelf geen initiatief zult nemen om het verbod verder aan te scherpen. Ik vind dat een spijtige zaak. Ik vind dat dit wel mogelijk zou moeten zijn. Jaar na jaar rijpen de geesten steeds verder dat alcohol wel bijzonder schadelijk is. Dit weekend stond er nog een bijzonder goed artikel in *De Morgen* over de schadelijke effecten, niet alleen op de geestestoestand en op de maag, maar ook bijvoorbeeld op het darmkanaal.

Ik meen dat we toch kleine stappen zouden kunnen nemen om die schadelijke effecten te beperken. Eén van die kleine stappen lijkt mij het gewoon verbieden van de verkoop ervan in ziekenhuizen. Men heeft vandaag die mogelijkheid. Ik stel samen met u vast dat vele ziekenhuizen daar niet op ingaan. Ik vind dat jammer, maar ik meen dat het in het algemeen belang goed zou zijn dat we het wel zouden verbieden.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le retrait du visuel représentant une femme voilée dans la campagne de Sciensano sur les stupéfiants" (56015597C)

11 Vraag van Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verwijdering van de foto van een vrouw met een hoofddoek uit de Sciensanocampagne over drugs" (56015597C)

11.01 Anthony Dufrane (MR): *Monsieur le ministre, Sciensano a lancé une campagne sur les réseaux sociaux invitant les citoyens à participer à une enquête épidémiologique sur la consommation de*

stupéfiants en Belgique. Le visuel retenu représentait 12 portraits censés refléter la diversité de la société belge : hommes, femmes, jeunes, seniors, personnes d'origines diverses dont une femme portant le voile islamique.

Suite à des réactions négatives d'internautes, relayées par un communiqué de l'Exécutif des musulmans de Belgique et du Conseil de Coordination des Institutions Islamiques de Belgique, dénonçant une association jugée offensante entre pratique religieuse et consommation de drogues, Sciensano a pris la décision de retirer ce visuel. L'institution a justifié ce retrait par les "réactions inappropriées suscitées", tout en réaffirmant son engagement en faveur de l'inclusion.

Cette décision soulève des questions de fond sur l'indépendance scientifique de nos institutions de santé publique face aux pressions extérieures. Céder à des pressions communautaires au détriment de la rigueur méthodologique constitue un précédent préoccupant.

Avez-vous été informé, préalablement ou postérieurement, de la décision de Sciensano de retirer ce visuel? Avez-vous été consulté avant que cette décision ne soit prise, ou s'agit-il d'une initiative purement autonome de l'institution?

Estimez-vous que le retrait de ce visuel, motivé par des pressions d'organisations religieuses non officiellement reconnues, est compatible avec l'indépendance scientifique et méthodologique qui doit caractériser les travaux de Sciensano?

Ce retrait risque-t-il de biaiser les résultats de l'enquête en réduisant la représentativité de certains groupes de population?

Des contacts formels ou informels ont-ils eu lieu entre Sciensano, votre cabinet ou votre administration et l'Exécutif des musulmans de Belgique ou le CIB avant ou après la diffusion de ce visuel ? Dans l'affirmative, quelle en était la teneur?

Quelles garanties comptez-vous apporter pour que les futures campagnes de santé publique de Sciensano puissent représenter l'ensemble de la diversité belge sans s'autocensurer sous la pression de groupes d'intérêt, qu'ils soient religieux, politiques ou autres?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Premièrement, Sciensano a pris cette décision en toute autonomie car le visuel suscitait des réactions que l'institut estimait important de faire cesser rapidement. Il a souhaité promouvoir une enquête et non susciter une polémique sans rapport avec l'enquête elle-même.

Deuxièmement, l'indépendance scientifique n'est en rien mise à mal. L'ensemble des visuels, y compris celui en question, avait pour seul but de promouvoir l'enquête auprès de l'ensemble de la population adulte de manière inclusive et n'a aucun fondement scientifique dans la méthodologie de l'enquête. Le visuel n'a aucun rapport avec la méthodologie ou le questionnaire, et son retrait n'aura aucun impact sur les résultats.

Troisièmement, aucun contact de ce type n'a eu lieu à aucun moment. Quatrièmement, je suis pleinement convaincu que Sciensano veille à tout moment à ce que l'ensemble de la population soit représenté dans ses activités scientifiques et que l'institut applique également cette ligne de conduite dans sa communication sans que cela ne détourne l'attention de l'essentiel de la question de recherche.

11.03 Anthony Dufrane (MR): Je remercie monsieur le ministre pour sa réponse et pour les clarifications qu'il a apportées. Il est pour moi primordial que Sciensano travaille en toute impartialité et en toute neutralité sans pression externe. L'institut voulait ici représenter la Belgique dans son ensemble et ce retrait me semble poser question. Je resterai attentif à ces éléments, tant nos organisations se doivent d'agir librement, sans pression idéologique externe.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 56015639C et n° 56015678C de Mme Ludivine Dedonder ainsi que la question n° 56015680C de Mme Irina De Knop sont reportées.

12 Question de Aurore Tourneur à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le suivi et l'accompagnement de nos aînés" (56015683C)

12 Vraag van Aurore Tourneur aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De monitoring en begeleiding van onze senioren" (56015683C)

12.01 **Aurore Tourneur** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous avez été contacté par une gériatre au sujet des enjeux liés à la prise en charge des personnes âgées et, plus globalement, à l'organisation de la gériatrie en Belgique.

Face à un système de santé qui repose fortement sur un modèle hospitalo-centré, cette gériatre défend la reconnaissance de la gériatrie libérale dans l'accompagnement et le suivi transversal de nos aînés, en concertation avec les médecins généralistes. Elle défend cette reconnaissance pour améliorer la prévention – je pense notamment aux chutes, à l'alimentation ou à la médication – mais aussi pour réduire les admissions évitables, la durée des séjours hospitaliers et les complications liées à la perte d'autonomie induite par les hospitalisations, ainsi que pour renforcer la coordination de la prise en charge.

La collaboration entre médecins généralistes et gériatres peut contribuer à un accompagnement et à une coordination au plus près de la réalité du patient âgé, grâce à un suivi régulier comprenant bilans et consultations gériatriques, évaluant l'état clinique du patient, son environnement social, son niveau d'autonomie et permettant de détecter au plus tôt tout déclin ou tout risque, afin de prendre rapidement les mesures nécessaires.

Cela pourrait constituer une source de bénéfices en termes de qualité de vie pour les personnes âgées, mais aussi en termes d'économie pour la sécurité sociale, grâce à la diminution des hospitalisations et des complications.

Au moment où je vous avais introduit la question, ce courrier était resté sans réponse. Je me permets donc de relayer sa réflexion et ses suggestions.

Monsieur le ministre, que pensez-vous de la reconnaissance de la gériatrie libérale dans le cadre d'une collaboration avec la médecine générale? Une réflexion est-elle actuellement menée à ce sujet? Les acteurs concernés y sont-ils impliqués? L'Association des patients, par exemple, y est-elle impliquée? Quelle place la réforme de la nomenclature pourrait-elle jouer dans cette reconnaissance? Cette réforme prévoit-elle notamment une revalorisation de la rémunération des consultations gériatriques en ambulatoire, ainsi qu'un code pour les consultations gériatriques à domicile?

Je vous remercie déjà, monsieur le ministre, pour vos réponses.

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame, à vrai dire, ni le SPF ni l'INAMI ne différencient l'exercice ambulatoire ou hospitalier des prestataires de soins. L'exercice de la gériatrie libérale, comme vous la qualifiez, est donc tout à fait reconnu dans notre pays. Un médecin spécialiste en gériatrie est libre de faire ce choix lui-même.

La nomenclature de l'INAMI prévoit une prestation pour la consultation d'un gériatre qui peut être attestée en ambulatoire, dans un cabinet de consultation. Il existe également un remboursement pour les visites à des patients gériatriques dans les maisons de repos.

Par ailleurs, sur demande du médecin généraliste, la visite à domicile d'un gériatre est déjà prévue aussi dans la nomenclature. Je peux donc vous rassurer à ce sujet. Bien entendu, une bonne collaboration avec le médecin généraliste est vivement recommandée.

Je rappelle que notre vision est que le médecin généraliste doit être au cœur du dispositif de coordination des soins. C'est lui qui peut au mieux orienter ses patients, âgés ou non, vers les différents spécialistes, gériatres ou non, et qui peut, par exemple, demander une évaluation gériatrique pluridisciplinaire. J'insiste là-dessus, madame Tourneur, parce qu'encore hier, j'en ai discuté avec des gériatres et des représentants de médecins généralistes.

Nous avons prévu une nouvelle nomenclature, avec un tarif quand même important de 127 euros par visite d'un gériatre ou d'un autre spécialiste dans une maison de repos et de soins. C'est prévu depuis 2024. Le *take up* de cette nouvelle nomenclature est jusqu'à présent assez limité. Je crois que les médecins généralistes doivent davantage utiliser cette possibilité pour organiser des consultations spécialisées avec leurs patients dans des maisons de repos et de soins.

C'est très important aussi pour la qualité des soins de santé dans les maisons de repos et de soins. On ne peut pas exiger du personnel existant dans les maisons de repos et de soins qu'il connaisse tous les problèmes de la neurogériatrie, de la gériatrie, de la neuropsychiatrie.

Nous avons vraiment créé un instrument qui permet aux gériatres, tant les gériatres qui exercent dans un hôpital que les gériatres libéraux, comme vous dites, d'être valorisés pour des patients tant à domicile que dans des institutions résidentielles.

Je crois qu'il faut essayer de promouvoir cette possibilité, qui est assez récente et peut-être pas suffisamment connue par les médecins généralistes, par les maisons de repos et de soins et peut-être même par certains gériatres.

Ensuite, vous avez raison d'évoquer la réforme de la nomenclature, qui vise à réévaluer en profondeur et à mieux l'adapter à la pratique médicale contemporaine. Vous savez que cette réforme se déroule par étapes, commençant par une restructuration des prestations dans la nomenclature, et une réévaluation objective sur la base d'échelles de valeur relative et tenant compte de la durée et de la complexité de ces prestations médicales est prévue.

L'idée de la nouvelle nomenclature est de valoriser correctement le temps investi avec le patient et dans le dialogue avec ce dernier, en tenant compte de la complexité du cas et du risque pris par le médecin. J'espère pouvoir lancer la délibération au sein de la Medicomut sur cette nouvelle nomenclature après l'été. C'est absolument très important pour les gériatres.

Ce matin, lors de la Conférence interministérielle (CIM) santé, nous sommes parvenus à un consensus avec l'ensemble des ministres de la Santé – de Bruxelles, de la Wallonie, de la Communauté germanophone, de la Flandre et du niveau fédéral – sur une réforme importante du paysage hospitalier. Celle-ci offre de réelles opportunités pour renforcer l'organisation de la gériatrie hospitalière de proximité, au bénéfice des citoyens, notamment à travers les hôpitaux de jour et les hôpitaux généraux régionaux. Plusieurs options s'ouvrent désormais pour mieux organiser et développer l'offre gériatrique de proximité, en partant également du secteur hospitalier.

Lorsque nous synthétisons tous les éléments du puzzle, comme la réforme en profondeur de la nomenclature, la réforme du refinancement des hôpitaux, la réforme du paysage hospitalier – sur laquelle les ministres de la Santé ont trouvé un consensus –, je pense qu'il existe des opportunités importantes pour mieux organiser les soins pour les personnes âgées, ainsi que pour les gériatres libéraux et ceux travaillant en milieu hospitalier, qui pourront jouer un rôle important.

12.03 Aurore Tourneur (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie. Je n'hésiterai pas à transmettre votre réponse à la personne concernée. Je pense en effet que la valeur d'une société se mesure également à la manière dont elle respecte ses aînés.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56015684C de Mme Ludivine Dedonder est reportée.

13 Vraag van Sam Van Rooy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een Iraanse jihadist die voor Sciensano werkt" (56015701C)

13 Question de Sam Van Rooy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Une djihadiste iranienne travaillant pour Sciensano" (56015701C)

13.01 Sam Van Rooy (VB): Mijnheer de minister, de vraag die ik u nu voorleg, heb ik ook al andere ministers van deze regering gesteld en ik zal vanmiddag ook nog de minister van Justitie bevragen, aan wie ik, net zoals aan u, misselijkmakende beelden heb bezorgd. Het gaat om een videofragment van een persoon die openlijk de jihadistische massamoordenaarsvader en -zoon Khamenei verheerlijkt. In diezelfde video dreigt zij met jihadistisch geweld en zegt letterlijk: "Dood aan de vijanden van de Islamitische Republiek." Zij voegt daar nota bene uitdagend aan toe dat ze het oké zou vinden om gedeporteerd te worden. Op de video is ook te zien dat op haar lichaam "Allahoe akbar" staat geschreven, alsook "als Khamenei oproept tot de jihad, ben ik er klaar voor". Ze verklaart zich honderd procent loyaal aan het moorddadige islamitische regime in Iran, waarvoor ze zelf zegt te willen sterven. Op haar sociale media roept zij ook op tot het vermoorden van de Amerikaanse president Donald Trump en deelt ze posts van het islamitische regime in Iran.

Vrij groot was mijn verbazing toen ik zag dat die persoon voor Sciensano werkt.

Mijnheer de minister, kunt u dat bevestigen? Zo ja, wordt die persoon zo snel mogelijk ontslagen? Vindt u dat zo iemand niet alleen geen plaats heeft bij een federale instelling, maar ook het land zou moeten worden uitgezet? Als dat niet zo is, verneem ik graag waarom niet.

Tot slot heb ik nog deze vraag. Ik hoop het niet, maar als zij toch bij Sciensano zou kunnen blijven werken, dan is er de belangrijke veiligheidsvraag of die persoon toegang heeft tot privacygevoelige data of tot bepaalde biologische of chemische stoffen of producten.

Ik ben zeer benieuwd naar uw antwoord.

13.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer Van Rooy, ik kan bevestigen dat de betrokken persoon momenteel werkzaam is bij Sciensano in het kader van een Europees onderzoeksproject inzake voedselomgevingen. Op basis van de informatie waarover Sciensano vandaag beschikt, situeren de activiteiten waarnaar in deze parlementaire vraag wordt verwezen zich buiten de professionele context van het instituut.

De betrokken medewerker heeft geen functie waarbij toegang bestaat tot gevoelige, biologische of chemische agentia of andere elementen die op dit ogenblik aanleiding geven tot een specifiek veiligheidsrisico binnen de professionele context.

Tot op heden ontving Sciensano geen informatie waarmee de politie- of veiligheidsdiensten die specifieke arbeidsrechtelijke of bijkomende veiligheidsmaatregelen zouden verantwoorden. De situatie wordt in elk geval nauwlettend opgevolgd.

13.03 Sam Van Rooy (VB): Mijnheer de minister, mocht dat nu iemand zijn die zich niet openlijk uitsprak voor de islamo-nazi's van de Islamitische Republiek in Iran, maar wel voor de nazi's, dan was die persoon allicht allang buitengegoot en bovendien voer voor paginanieuws, terecht. In dit land kan men blijkbaar jihadistische massamoordenaars zoals vader en zoon Khamenei verheerlijken en zelfs letterlijk zonder enig gevolg "dood aan de vijanden van de Islamitische Republiek" roepen, zonder enig gevolg. Sterker nog, zo iemand kan dus gewoon blijven werken voor een overheidsdienst die zich bezighoudt met onze volksgezondheid, Sciensano.

Mijnheer de minister, ik en vele Vlamingen met mij vinden dat waanzin. Dat is spelen met vuur en ook een middelvinger naar alle Iraniërs in onze samenleving die het wel goed voor hebben met ons land, onze vrijheid en onze cultuur.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 56015704C de Mme Sneppe et n° 56015709C de Mme Muylle sont reportées.

14 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aangekondigde maatregelen inzake de vape- en tabaksverkoop" (56015725C)
- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen de tabakslobby" (56015796C)
- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van het tabaksbeleid op sigaarlounes en gespecialiseerde tabakshandelaars" (56016178C)
- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De plaats van België op de ranglijst van het tabakspreventiebeleid" (56016361C)
- Steven Coenegrachts aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De beslissingen aangaande het tabaksbeleid van deze regering" (56016598C)
- Steven Coenegrachts aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen illegale vapes" (56016597C)

14 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures annoncées concernant la vente de cigarettes électroniques et de tabac" (56015725C)
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre le lobby du tabac" (56015796C)
- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la politique antitabac sur les bars à cigares et les commerces spécialisés" (56016178C)
- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le classement de la Belgique en termes de prévention globale du tabagisme" (56016361C)
- Steven Coenegrachts à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les décisions prises dans le cadre de la politique antitabac de ce gouvernement" (56016598C)
- Steven Coenegrachts à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre les vapoteuses illégales" (56016597C)

14.01 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik kan niet garanderen dat ik op dezelfde lijn zit als de andere vragenstellers, maar goed.

Op 5 mei was u te gast in *De Afspraak*. Daar deed u een uitspraak over de tabakslobby. U noemde die een moeilijke lobby om tegen te vechten. U zei dat die strijd echter een topprioriteit blijft en dat u hun doel om kinderen verslaafd te maken aan nicotine in de kiem wilt smoren. U omschreef de sector daarbij expliciet als een criminele industrie die geen enkele toekomst mag hebben. Dat zijn sterke woorden, maar wij delen dat standpunt en steunen uw ambitie.

Ook uw administratie reikt hierover concrete handvatten aan. Zo formuleert Sciensano in de *Tobacco Industry Interference Index* vijf aanbevelingen om de invloed van de tabaksindustrie in België verder terug te dringen en het beleid beter te laten aansluiten bij de geest van het kaderverdrag van de Wereldgezondheidsorganisatie hieromtrent, dat België heeft geratificeerd. Ik heb de volgende vragen.

De *Interfederale Strategie 2022–2028 voor een rookvrije generatie* voorziet in de oprichting van zowel een gedragscode voor de relaties tussen beleidsmakers en de industrie als een transparantieregister. Wat is de huidige stand van zaken daarvan? Welke deadline stelt u voorop voor de finalisering van een dergelijke *code of conduct* en een dergelijk transparantieregister en hoe zult u die afdwingbaar maken?

Sciensano beveelt ook aan de tabaksindustrie te verbieden bewustmakingscampagnes rond tabak uit te werken. Acht u een dergelijk verbod werkbaar? Hoe en wanneer zult u dat uitwerken?

Tot slot beveelt Sciensano ook een verbod op de draaideurmethode aan, zodat huidige of voormalige kaderleden uit de tabaksindustrie geen kaderfuncties bij de overheid kunnen opnemen en omgekeerd. Zult u daarover voorstellen doen? Wanneer mogen we die verwachten?

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Van Lysebettens, allereerst een pluim voor u, want van de zeven indieners van talloze vragen over dit onderwerp bent u de enige die hier aanwezig is. Ik zal een geïntegreerd antwoord geven aan u en al uw collega's. Ik heb de indruk dat daarover inderdaad verschillende meningen bestaan. Hier volgt mijn antwoord aan alle vraagstellers.

Ik wil eerst toch een, in mijn ogen, belangrijk uitgangspunt benadrukken en dat is dat de tabaksindustrie historisch inderdaad veel te veel ruimte heeft gekregen. Een geloofwaardig volksgezondheidsbeleid inzake tabak en nicotine moet die ruimte dan ook beperken en dat in het algemeen belang. De belangen van de volksgezondheid en die van de tabaksindustrie staan fundamenteel en lijnrecht tegenover elkaar.

Monsieur De Smet, je constate avec fierté que la Belgique obtient un score plus élevé comparé au rapport précédent. Cela s'explique en partie par un rattrapage en matière de politique fiscale, comme vous le mentionnez, si nous voulons nous rapprocher des scores du Royaume-Uni et de l'Irlande, les accises doivent encore être augmentées et indexées. Ce rapport accorde effectivement une importance capitale aux mesures financières, mais il y a d'autres mesures à prendre.

Ik ben zelf al geruime tijd voorstander van een beperking van het aantal smaakjes in e-sigaretten. Dat is onderbouwd. In Nederland geeft 40 % van de bevroegde gebruikers aan minder te vaper sinds de smaakjesbeperking. 22 % is volledig gestopt. Gelukkig is er in de federale regering nu een akkoord bereikt over het drastische reduceren van smaakjes in vapes. De bedoeling is dat er vanaf 1 september 2028 alleen nog e-sigaretten worden verkocht met tabakssmaak of zonder smaakstoffen.

Ik besef natuurlijk dat smaakjes mogelijk nog illegaal zullen worden aangeboden. Dat is een handhavingsuitdaging, maar geen reden om af te zien van maatregelen die aantoonbaar bijdragen aan de volksgezondheid, zeker bij jongeren. We laten de illegale circuits ook niet ongemoeid. De regering heeft de inspectiedienst van de FOD Volksgezondheid versterkt met extra middelen. De controles worden gericht en intensiever, ook op illegale verkoopkanalen, onlineverkoop en invoer via pakjes. Daarnaast wordt samengewerkt met de douane en de politie om de toevoer- en distributienetwerken aan te pakken.

De maatregelen die op tafel liggen, komen uit de interfederale strategie voor een rookvrije samenleving, zoals de vermindering van verkooppunten, of uit het regeerakkoord, zoals de beperking van smaakjes en rookvrije terrassen. Een generationeel verbod, zoals recent goedgekeurd in het Verenigd Koninkrijk, maakt daar momenteel geen deel van uit. Mijn administratie zal de invoering in het Verenigd Koninkrijk en de Malediven van het generatieverbod wel nauwgezet opvolgen.

Ik betreur dat na het arrest van het Grondwettelijk Hof geen consensus is gevonden in de regering om het aantal verkooppunten voor tabaksproducten verder terug te dringen. Daardoor zal er vanaf 1 januari 2027 opnieuw tabak verkocht kunnen worden in voedingswinkels. Supermarkten kunnen echter, als ze zoals ze beweren het menen met gezondheid, alsnog een duidelijk signaal geven. Ze zullen overigens moeten investeren in een *display ban* en kunnen dus niet zomaar terugkeren naar de praktijk van vroeger. Er geldt een uitstalverbod en we zullen dat ook streng handhaven. Ik hoor van supermarkketens dat gezondheid zo belangrijk voor hen is. Ik wil hen dan ook oproepen om niet opnieuw te beginnen met de verkoop van tabaksproducten.

Ik denk dat we de voorbije jaren verschillende maatregelen hebben genomen, omdat een rookvrije generatie tegen 2040 alleen mogelijk is via een samenhangend pakket. In het tabaksbeleid bestaan geen wondermiddelen. De kracht zit in de combinatie van maatregelen en in de samenwerking tussen de verschillende beleidsniveaus. De uitvoering wordt opgevolgd in de werkgroep Rookvrije Generatie van de Algemene Cel Drugs.

Ten slotte, de analyse van een gedragscode voor de relaties tussen beleidsmakers en de tabaksindustrie is aan de gang. Voor de integriteit van ambtenaren verwijst ik naar het algemeen deontologisch kader, dat wordt beheerd door de FOD BOSA.

14.03 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Dank u, mijnheer de minister.

Een van mijn vragen blijft volledig onbeantwoord, namelijk welke rol u nog voor de tabaksindustrie in

bewustmakingscampagnes ziet. Sciensano formuleert daarover een duidelijke aanbeveling. Volgens Sciensano dragen dergelijke campagnes niet bij aan de volksgezondheid. De instelling beveelt dan ook aan ze te verbieden en ervan af te stappen. Is dat een werkbaar voorstel? Persoonlijk vind ik het enigszins surrealistisch dat de partij die er het meeste belang bij heeft om de verkoop van tabak aan te zwengelen, verantwoordelijk wordt gemaakt voor de preventieve bewustmaking van de bevolking om tabak niet te kopen. Ik ben dan ook een groot voorstander van een verbod. In dat licht lijkt de handhaving van het uitstalverbod in de supermarkten mij een goede zaak. Ik ben blij te horen dat u daar streng op zult toezien. Dat kan ik alleen maar steunen.

14.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb misschien uit slordigheid verzuimd de precieze vraag over de bewustmakingscampagnes te beantwoorden. De aanbeveling van Sciensano daarrond werd inderdaad niet opgenomen in de interfederale strategie 2022-2028 en aan die strategie moet ik trouw blijven. Ik neem de aanbeveling wel mee in de bredere reflectie over de rol van de tabaksindustrie in communicatie. Momenteel zijn er evenwel geen concrete voorstellen in die zin in voorbereiding.

14.05 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Bedankt ook voor de aanvulling. Ik begrijp uit uw antwoord dat het veeleer om een politiek compromis gaat dan om een technische reden om dat niet te doen.

14.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Uw voormalige collega mevrouw De Sutter zal daarvan zeker kunnen getuigen.

14.07 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Laten we zeggen dat zij enige inspiratie heeft geboden voor mijn vraag.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

15 **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les actes pratiqués par les hygiénistes buccodentaires" (56015797C)**

15 **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De door mondhygiënisten uitgevoerde verstrekkingen" (56015797C)**

15.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, dans une récente circulaire, l'INAMI rappelle qu'un dentiste ne peut facturer que les prestations qu'il a personnellement réalisées, excluant ainsi la facturation des actes qui sont effectués par des hygiénistes buccodentaires, notamment certains examens buccaux – détartrages ou radiographies. Selon l'Union Belge des Prestataires de Soins (UBPS) et l'Association professionnelle belge des hygiénistes bucco-dentaires (BBM), cette circulaire crée une importante insécurité juridique et organisationnelle sur le terrain. Les deux associations soulignent notamment que, bien que les hygiénistes soient légalement habilités à accomplir plusieurs de ces actes, la nomenclature actuelle ne prévoit pas toujours les codes de remboursement adaptés. Cette situation pourrait avoir des conséquences directes sur l'accessibilité et la qualité des soins bucco-dentaires en freinant la collaboration entre dentistes et hygiénistes et en réduisant l'offre de soins disponibles pour les patients.

Monsieur le ministre, entendez-vous les inquiétudes exprimées par l'UBPS et la BBM au sujet de cette circulaire INAMI?

Une concertation a-t-elle été menée avec les dentistes et les hygiénistes bucco-dentaires préalablement à la publication de cette circulaire? Comptez-vous les rencontrer pour apporter des clarifications utiles concernant celle-ci?

En outre, une évaluation de l'incidence de cette circulaire sur l'accessibilité des soins dentaires et sur l'organisation des cabinets a-t-elle été effectuée?

Envisagez-vous d'adapter la nomenclature pour tenir compte des compétences légalement reconnues aux hygiénistes bucco-dentaires?

Enfin, quelles mesures seront prises pour garantir la sécurité juridique des praticiens et permettre une collaboration efficace entre dentistes et hygiénistes bucco-dentaires?

15.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Nous comprenons largement les préoccupations de ces organisations, et les clarifications concernant cette initiative ont été présentées à la présidente de la BBM. Cette rencontre a eu lieu dans mon cabinet, en ma présence, avec l'administration et mes conseillers. Les deux organisations ont également reçu une réponse écrite à leur courriel pour justement répondre à leurs inquiétudes.

Toutefois, cela ne change en rien au fait que le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) est resté dans le champ de ses compétences et que cette lettre de sensibilisation était adressée à tous les dentistes. En effet, contrairement à ce que votre question suggère aujourd'hui, seuls les dentistes peuvent attester les codes mentionnés par les hygiénistes bucco-dentaires. La lettre a d'ailleurs été présentée au préalable lors de la Commission nationale dento-mutualiste de janvier 2026. Les hygiénistes n'étaient donc pas le public cible de cette campagne de sensibilisation. Cependant, ce que mettent en lumière ces réactions, c'est qu'aujourd'hui ces professionnels travaillent dans une zone grise. Ils sont formés à de nombreuses compétences de prévention bucco-dentaire, certaines relevant de la responsabilité des entités fédérées et d'autres de l'ordre de l'assurance maladie obligatoire. Pourtant, la nomenclature actuelle ne reflète pas l'étendue du champ de leurs compétences. C'est pourquoi nous investiguons des pistes de solution afin de faire meilleur usage de cette profession de soins de santé.

Toutefois, de nombreuses plaintes de patients, étayées par un impact budgétaire très important dans le secteur des honoraires dentaires, constituent la base et l'initiative de la lettre de sensibilisation concernant l'utilisation incorrecte de la nomenclature. Cette lettre n'entrave ni ne modifie l'accessibilité aux soins dentaires ni la reconnaissance des hygiénistes buccodentaires et la création de leur nomenclature spécifique.

Je souhaite dès lors laisser aux organes de concertation de l'INAMI le soin de se prononcer sur les modalités et les conditions de remboursement des actes qui pourraient être effectués en tout ou en partie par des hygiénistes bucco-dentaires. Le Conseil technique dentaire examinera d'ailleurs cette problématique dans le cadre de la réforme de la nomenclature en cours.

En attendant, la sécurité juridique quant à la pratique de la profession des hygiénistes et à leur collaboration avec les dentistes est assurée par l'arrêté royal du 28 mars 2018. Celui-ci définit explicitement les actes et les prestations que les hygiénistes bucco-dentaires sont autorisés à accomplir, en distinguant notamment les actes autonomes, les prestations techniques soumises à prescription et les actes confiés par un dentiste.

Les responsabilités respectives de chaque professionnel sont donc clairement délimitées, ce qui permet d'éviter toute insécurité quant au cadre légal de la pratique tout en définissant les contours d'une bonne collaboration entre les différentes professions.

15.03 Caroline Désir (PS): Merci pour cette réponse, monsieur le ministre. Je suis rassurée de voir que vous avez, vous aussi, été conscientisé sur les difficultés rencontrées par le terrain et que vous allez tenter d'apporter clarté et transparence sur les quelques zones grises qui subsistent entre ces professions. Je suivrai bien sûr ce dossier avec intérêt.

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

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het initiatief van de FOD Volksgezondheid met het oog op het opschalen van innovatieprojecten" (56015821C)

16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'initiative du SPF Santé publique en vue de promouvoir davantage de projets d'innovation" (56015821C)

16.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijst naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

Geachte minister, op 19 januari 2026 organiseerde de FOD Volksgezondheid, in samenwerking met andere administraties in de gezondheidszorg zoals het eHealth-platform, het RIZIV en het FAGG, een 'Data Capabilities & Innovation Symposium'. Hierbij werden meer dan 250 professionals uit de zorgsector samengebracht om disseminatie te doen rond innovatieve praktijken en datagedreven oplossingen die de toekomst van de zorg mee kunnen bepalen. Deze projecten toonden quasi allemaal hoe we via innovatie de werklast van zorgverleners kunnen reduceren, hoe AI zorgprocessen kan verbeteren en hoe intramurale samenwerking geïntegreerde zorg kan verbeteren.

Lessons learned werden besproken en best practices gedeeld, allemaal met het doel om nu te kunnen opschalen. Opschaalbaarheid was trouwens een van de allerbelangrijkste criteria om projectsubsidies toe te kennen. Heel wat projecten zijn effectief opschaalbaar. Alleen zien we daar vandaag nog weinig tot niets van in de praktijk, terwijl het potentieel overduidelijk aanwezig is.

Bijgevolg heb ik volgende vragen voor u:

- 1. Geloof u in wat deze projecten gerealiseerd en aangetoond hebben, en wil u deze nieuwe manieren van werken (bv. transmurale of hybride zorgpaden) wel degelijk structureel verankeren?*
- 2. Op basis van evaluatierapporten zouden een tiental projecten geselecteerd worden in de periode februari-maart voor bijkomende financiering (via BMUC-middelen) om op te schalen. Is dit gebeurd? Om welke projecten gaat het? Hoe groot is het potentieel hiervan?*
- 3. Waar ligt volgens u het grootste potentieel om prioritair op in te zetten, en zullen er acties worden ondernomen om gericht middelen in die richting vrij te maken, zodat de juiste incentives worden gegeven en elders de terugverdieneffecten (indien relevant) duidelijk kunnen worden gecapteerd?*
- 4. Hoe zal u ervoor zorgen dat we afstappen van pilootprojecten die van de ene subsidie of tijdelijke financiering naar de andere gaan, in plaats van deze – wanneer er een duidelijke meerwaarde is voor patiënten, zorgverleners en het gezondheidszorgsysteem als geheel – structureel te verankeren, bijvoorbeeld via een aangepaste zorgpadfinanciering in plaats van het huidige fee-for-service-model?*

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, wat uw eerste vraag betreft, ben ik ervan overtuigd dat die projecten hun meerwaarde hebben bewezen. Ze tonen aan dat nieuwe manieren van werken, zoals samenwerking over zorginstellingen en zorglijnen heen en digitale zorg, de kwaliteit van zorg verbeteren. Ik wil die aanpak structureel verankeren. Er zijn al verschillende oplossingen getest en gevalideerd. Nu werken we verder aan een bredere uitrol van bepaalde projecten, al vraagt dat nog extra investeringen en betrokkenheid van alle zorgactoren.

Wat uw tweede vraag betreft, voorzie ik dat een deel van de beschikbare middelen wordt ingezet voor de opschaling van die projecten. We hebben duidelijk prioriteiten vastgelegd die aansluiten bij het gezondheidsbeleid. De concrete selectie van projecten gebeurt later dit jaar via een open oproep. Daarna informeer ik alle ziekenhuizen en kan de effectieve opschaling starten.

Aangaande uw derde vraag ligt de focus voor mij op een betere uitwisseling en een beter gebruik van gezondheidsgegevens, de verdere ontwikkeling van digitale zorgpaden, een goede begeleiding van zorgverleners en patiënten en een sterker gebruik van gegevens voor onderzoek en beleid. Door daar gericht middelen op in te zetten, wil ik ervoor zorgen dat de meest waardevolle oplossingen sneller ingang vinden in de praktijk.

Als antwoord op uw vierde vraag, wil ik vermijden dat projecten blijven steken in tijdelijke initiatieven. Daarom zet ik de komende jaren vooral in op de opschaling van wat bewezen werkt, op het hergebruik van goede praktijken en op forfaitaire financiering. Nieuwe projecten kunnen pas worden bekeken als de huidige geselecteerde projecten goed van start zijn gegaan, zodat we duurzame en structurele veranderingen in de zorg kunnen realiseren.

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik hoor u inderdaad graag bevestigen dat u die projecten belangrijk vindt en dat u wilt werken aan de opschaling van verschillende projecten die goed lopen en die ook een meerwaarde bewijzen. Ik denk effectief dat we die nodig zullen hebben in onze zorg. We willen de zorg dichter bij de patiënt brengen, we willen de

patiënt aan het stuur zetten van zijn zorg en we willen meer data verzamelen, zodat we de zorg ook efficiënter kunnen organiseren en de juiste zorg op het juiste moment kunnen aanbieden.

Ik denk dat dat allemaal zaken zijn die door die nieuwe ontwikkelingen effectief gerealiseerd kunnen worden. Dan moeten we die ontwikkelaars ook zicht geven op een toekomst in dit land. We moeten hen ook zin geven om te blijven ontwikkelen en innovatie aan te dragen in België.

In die zin juich ik de aanpak die u voorstelt toe. Ik hoop dat er effectief snel duidelijkheid komt voor de mensen die bezig zijn met innovatie in de zorg, omdat het volgens mij erg belangrijk is dat we hen in ons land kunnen houden.

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

De **voorzitter**: De vragen nrs. 56015833C en 56015838C van mevrouw Depoorter worden uitgesteld.

17 **Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du statut BIM" (56015867C)**

17 **Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van de RVT-status" (56015867C)**

17.01 **François De Smet (DéFI):** *Vous entendez modifier les règles de calcul du statut BIM — le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée — pour certaines catégories de personnes vulnérables, notamment les orphelins et les personnes handicapées. Selon les informations parues dans la presse, en dehors des cas d'octroi automatique, les mutuelles ne pourraient désormais plus se baser que sur les revenus identifiables fiscalement pour établir le droit au BIM.*

Ce changement technique a des implications concrètes importantes. Certaines personnes vulnérables ont des revenus partiellement non déclarés fiscalement, non par fraude, mais parce que ces revenus — pensions alimentaires, allocations spécifiques, aides informelles — ne sont pas toujours connues des canaux fiscaux classiques. Une restriction au seul périmètre fiscal des revenus pourrait donc priver des personnes fragiles d'un accès qu'elles avaient légitimement.

En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:

Combien de bénéficiaires actuels du BIM, obtenu en dehors de l'octroi automatique, pourraient perdre ce statut à la suite de cette modification de calcul

Dans l'affirmative, si une simulation a-t-elle été réalisée?

Si une clause de protection — maintien des droits acquis ou période transitoire — est prévue pour les personnes qui perdraient le BIM uniquement en raison de ce changement de méthode de calcul, et non d'une amélioration réelle de leur situation financière?

Si les mutualités ont été associées à ce projet de réforme et ont signalé des risques d'effets pervers pour leurs membres les plus vulnérables?

17.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je tiens tout d'abord à rappeler qu'aucune décision définitive n'a été prise à ce stade concernant une réforme du statut BIM. Plusieurs pistes de réflexion sont actuellement examinées. Dans le cadre des travaux préparatoires, l'objectif poursuivi est de veiller à ce que le statut BIM continue à bénéficier aux personnes et ménages qui en ont réellement besoin, tout en améliorant la qualité des informations disponibles pour les organismes assureurs lorsqu'ils examinent certaines situations.

Dans ce contexte, il est notamment envisagé de mieux tenir compte de certains signaux relatifs aux revenus ou au patrimoine mobilier et immobilier. L'objectif n'est pas de modifier les trois voies actuelles d'accès au statut BIM – l'octroi automatique, l'octroi sur déclaration et l'octroi d'office – mais de permettre aux organismes assureurs de disposer d'informations plus complètes lorsqu'un contrôle des conditions de revenu est nécessaire ou lors du contrôle systématique qui a lieu après l'ouverture du droit. Je tiens également à préciser que les droits accordés automatiquement sur la base de certaines

prestations sociales, telles que les allocations pour personnes en situation de handicap, les revenus d'intégration et d'autres avantages sociaux prévus par la réglementation, ne sont pas modifiés. Lorsqu'un droit est accordé automatiquement parce qu'une autre administration a déjà vérifié les conditions requises, ce mécanisme continuera naturellement à fonctionner. S'agissant du nombre de bénéficiaires susceptibles d'être concernés et de l'impact éventuel de la réforme, aucune estimation fiable ne peut actuellement être avancée, puisque les mesures concrètes ne sont pas arrêtées. Pour les mêmes raisons, il est prématuré de se prononcer sur d'éventuelles mesures transitoires ou clauses de sauvegarde. Ces éléments devront être examinés lorsque les propositions concrètes seront acceptées par le gouvernement.

Enfin, les organismes assureurs sont étroitement associés aux réflexions en cours au sein du groupe de travail "Assurabilité". Leur expertise opérationnelle est essentielle pour identifier les avantages potentiels des différentes pistes envisagées ainsi que les éventuels risques d'effets non souhaités pour les personnes concernées. Je veillerai à ce que toute réforme éventuelle préserve l'objectif fondamental du statut BIM: garantir un accès abordable aux soins pour les personnes les plus vulnérables, tout en assurant une utilisation juste et cohérente des moyens de la sécurité sociale.

17.03 François De Smet (DéFI): Je remercie le ministre pour cette série de clarifications bien utiles.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

18 Questions jointes de

- **François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté)** sur "Le financement fédéral des SMUR hélicoptères" (56015871C)

- **Victoria Vandeberg à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté)** sur "La reconnaissance définitive des services médicaux hélicoptères d'aide médicale urgente" (56016813C)

- **Benoît Piedboeuf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté)** sur "Le financement des services hélicoptères d'aide médicale urgente" (56016568C)

18 Samengevoegde vragen van

- **François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding)** over "De federale financiering van de mughelidiensten" (56015871C)

- **Victoria Vandeberg aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding)** over "De definitieve erkenning van de mughelidiensten" (56016813C)

- **Benoît Piedboeuf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding)** over "De financiering van de mughelidiensten" (56016568C)

18.01 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, selon le site Medi-Sphère, les services mobiles d'urgence et de réanimation hélicoptères couvrant la province de Liège, la province de Luxembourg et l'Est de la province de Namur fonctionnent 24 heures sur 24 sans financement fédéral structurel, sur la base d'un modèle économique fragile. Or, dans les zones rurales et forestières où les délais d'intervention conditionnent la survie des patients, le SMUR hélicoptère constitue souvent l'unique réponse adaptée. Sa pérennité ne peut reposer sur des montages *ad hoc* renouvelés d'année en année, qui sont souvent bancals.

Quelle est la position du gouvernement fédéral concernant l'inscription des SMUR hélicoptères dans le financement structurel de l'aide médicale urgente? Est-ce qu'une analyse coûts-bénéfices a été menée par votre administration concernant l'extension éventuelle du financement de l'INAMI à ce type de service? Et à défaut, quelle alternative peut-on envisager afin de garantir l'équité territoriale d'accès aux soins urgents, en particulier dans les bassins de population éloignés des hôpitaux universitaires? Je vous remercie.

18.02 Benoît Piedboeuf (MR): *Monsieur le ministre, cher monsieur Vandenbroucke, l'asbl active dans l'aide médicale urgente hélicoptère sur parties des Provinces de Luxembourg, Namur et Liège, a transmis son rapport d'activité 2025.*

Si celui-ci présente un bilan positif, il met également en lumière la fragilité du modèle économique du service. Une part importante des recettes repose en effet sur des legs, par nature non récurrents. Par

ailleurs, l'ASBL a réalisé des investissements majeurs, notamment la construction d'un bâtiment et l'acquisition d'un hélicoptère, pour un montant total de plus de 14 millions d'euros HTVA.

Dans le même temps, plusieurs incertitudes subsistent. La reconnaissance officielle du vecteur hélicoptère dans l'aide médicale urgente, prévue par l'accord de gouvernement, n'a pas encore été précisée quant à ses modalités concrètes. Celles-ci pourraient pourtant avoir un impact significatif sur le financement des opérateurs. À cela s'ajoute une hausse importante des coûts d'exploitation, notamment du kérosène et des dépenses liées au secteur aéronautique.

Dans ce contexte, Monsieur le Ministre, je souhaiterais vous poser les questions suivantes:

Quel est l'état d'avancement de la reconnaissance des services hélicoptérés dans l'aide médicale urgente? Quelles seront les conditions d'agrément et de financement, et dans quels délais seront-elles fixées? Le Gouvernement envisage-t-il un financement structurel afin de limiter la dépendance à des recettes aléatoires? Une analyse d'impact financier des futures normes a-t-elle été réalisée? Des mesures sont-elles prévues pour compenser la hausse des coûts d'exploitation? Je vous remercie de vos réponses.

18.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Après avoir sollicité un avis complémentaire auprès du Conseil fédéral des secours médicaux d'urgence, sur l'interprétation du nouvel avis relatif aux HEMS, j'ai envoyé le 6 mai un courrier au Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

Dans ce courrier, je lui ai demandé d'élaborer des propositions politiques concrètes concernant la normation et le financement des HEMS en tant que fonction hospitalière, pour autant qu'il marque son accord avec l'avis du Conseil fédéral des secours médicaux d'urgence relatif à l'intégration des HEMS dans le système des urgences. J'ai fixé au 1^{er} septembre 2026 la date limite pour la réception des propositions politiques du Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

18.04 François De Smet (DéFI): Merci au ministre pour son suivi. Nous reviendrons vers lui ultérieurement.

18.05 Benoît Piedboeuf (MR): Même réponse. On avance à petits pas, mais on avance. Merci beaucoup, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accessibilité territoriale des centres agréés pour le traitement des AVC" (56015872C)

19 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nabijheid en toegankelijkheid van de erkende centra voor beroertezorg" (56015872C)

19.01 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, le Conseil des ministres a validé, le 30 avril 2026, une réforme concentrant les traitements lourds des accidents vasculaires cérébraux dans des centres spécialisés agréés (L'Avenir, La Capitale). 16 000 personnes sont victimes d'un AVC chaque année en Belgique, et chaque minute conditionne le pronostic.

Si la spécialisation des plateaux techniques peut effectivement améliorer la qualité des soins, elle soulève en filigrane la question des délais d'intervention pour les patients résidant à distance des centres agréés.

En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir si une étude d'impact sur les temps d'intervention par bassin de soins a été réalisée préalablement à la décision du Conseil des ministres? Si oui, ses conclusions ont-elles vocation à être rendues publiques? Combien de centres seront-ils agréés, selon quelle répartition régionale, et au regard de quels critères de proximité géographique? Quelles dispositions complémentaires sont-elles prévues (transport hélicoptère, télémédecine, unités mobiles) pour garantir un accès effectif au traitement dans les territoires les plus éloignés?

19.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur De Smet, je vous remercie d'attirer l'attention sur ce projet d'arrêté royal relatif à une problématique importante et actuellement examinée par la section de législation du Conseil d'État.

Plusieurs études, dont l'étude n° 181A du KCE de 2012 et, plus récemment, un rapport d'audit de mars 2026 de l'INAMI et du SPF Santé publique, ont été réalisées avant la décision du Conseil des ministres et leurs résultats sont publics

Une étude par bassin de soins n'est possible en soi qu'après l'agrément des centres S1 et S2 par les entités fédérées compétentes. La thrombolyse doit être réalisée dans les quatre heures et demie. En fonction de la taille de l'obstruction, l'élimination du caillot sanguin par thrombectomie mécanique peut être indiquée en complément d'un traitement par thrombolyse. Après une thrombolyse, le délai critique pour cette thrombectomie est toutefois moins strict.

Le projet d'arrêté royal prévoit la possibilité d'agréer en principe 15 centres S2 avec un maximum de 8 centres par autorité compétente pour l'agrément. Le projet prévoit également la possibilité d'agréer un 16^e centre dans la mesure où certaines conditions sont remplies. Le nombre d'agréments effectifs relève de la compétence des autorités d'agrément. Aucun nombre maximal n'est fixé pour les centres S1.

Les centres S2 devraient être agréés en respectant une distance minimale de 25 kilomètres d'un autre centre agréé par la même autorité d'agrément. Pour le 16^e centre, l'une des conditions est qu'il soit situé à une distance minimale de 50 kilomètres.

Le calcul de la distance tient compte de la voie routière. La distance minimale vise à garantir à la fois une bonne répartition sur le territoire belge et un volume de patients non fragmenté, permettant l'accumulation d'expertises au sein de chaque centre. Dans le cadre du 16^e centre, une attention particulière est donc accordée au territoire le plus éloigné.

Ce projet vise avant tout à résoudre le blocage existant concernant l'agrément des centres S2 et S1. Ce déblocage permettra d'examiner les prochaines étapes, tant au niveau fédéral qu'au niveau des entités fédérées, pour développer des soins qualitatifs de l'AVC et accessibles à tous. Une plateforme interfédérale "Qualité" a été créée en groupe de travail intercabinet afin de prendre des initiatives en matière de qualité et d'enregistrements de qualité.

Je souhaite néanmoins souligner que l'idée de recourir à des neuroradiologues mobiles dans le domaine des soins liés à l'AVC n'est pas une approche qu'il convient d'encourager. Les résultats des soins interventionnels en matière d'AVC dépendent fortement de l'expertise de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire, pas uniquement de celle du neuroradiologue interventionnel.

19.03 François De Smet (DéFI): Merci, monsieur le ministre pour votre réponse. Je pense vraiment que les AVC constituent un danger relativement sous-estimé au sein de la population et qu'il est donc du devoir des autorités de travailler sur l'accessibilité territoriale, compte tenu du fait que, lors d'un AVC, chaque minute a un impact terrible sur le pronostic. On ne peut donc que vous soutenir dans l'entreprise que vous êtes en train de développer.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Merci, monsieur De Smet.

Chers membres de la commission, les questions n° 56015873C de M. Jean-François Gatelier, n° 56015874C du même et n° 56016637C de Mme Nathalie Muylle, n° 56015883C de Mme Irina De Knop, n° 56015892C de Mme Carmen Ramlot, n° 56015905C de Mme Irina De Knop et n° 56015911C de Mme Carmen Ramlot sont soit reportées soit ne peuvent être posées puisque leur auteur n'est pas présent. Et donc je vous propose de clore ici les travaux de la commission parce que le cabinet du ministre a préparé les réponses jusqu'à la question n° 56015911C et qu'il y a eu beaucoup d'absents. Donc, malheureusement, nous ne pouvons pas aller au-delà aujourd'hui. Nous terminons dix minutes plus tôt, ce n'est pas très grave. Merci à vous.

La réunion publique de commission est levée à 13 h 19.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 13.19 uur.