

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 1 JULI 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 1 JUILLET 2026

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 05 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.05 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

La **présidente**: Nous ouvrons la séance de questions au ministre de la Santé avec un premier débat d'actualité au sujet de la réforme du paysage hospitalier. Mme Eggermont étant absente, nous passons à la question de Mme Merckx.

- [01]** Actualiteitsdebat over de hervorming van het ziekenhuislandschap en toegevoegde vragen van
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuishervorming" (56017012C)
 - Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenhuishervorming" (56017013C)
 - Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verdere uitwerking van de ziekenhuishervorming" (56017395C)
 - Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De criteria die gehanteerd worden bij de ziekenhuishervorming" (56017183C)
 - Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het princiepsakkoord rond de ziekenhuishervorming en het criterium voor de materniteiten" (56017423C)
 - Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56017455C)
 - Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De efficiëntiewinst en de governance van de ziekenhuishervorming" (56017458C)
 - Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het princiepsakkoord van de IMC over de hervorming van het ziekenhuislandschap" (56017477C)
 - Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56017592C)
- [01]** Débat d'actualité sur la réforme du paysage hospitalier et questions jointes de
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme des hôpitaux" (56017012C)
 - Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme des hôpitaux" (56017013C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La poursuite de la mise en œuvre de la réforme hospitalière" (56017395C)
 - Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les critères utilisés dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier" (56017183C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accord de principe sur la réforme hospitalière et le critère s'appliquant aux maternités" (56017423C)
 - Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56017455C)
 - Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les gains d'efficacité et la gouvernance dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier" (56017458C)
 - Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accord de principe de la CIM sur la réforme du paysage hospitalier" (56017477C)
 - Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56017592C)

[01.01] **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, la semaine dernière, vous avez eu une réunion avec vos homologues des entités fédérées, à l'issue de laquelle vous seriez parvenus à un accord sur la réforme du paysage hospitalier.

C'est un vrai tremblement de terre! Si nous en croyons les informations parues dans la presse, pas moins de 39 sites hospitaliers doivent fermer ou, en tout cas, se réformer. Cela signifie qu'il n'y aurait plus de services d'urgences ou d'hospitalisations classiques, mais uniquement des espèces de polycliniques avec des hospitalisations de jour et des interventions de jour. C'est énorme! Neuf exceptions ont été accordées pour des hôpitaux qui se trouvent dans une région isolée.

Monsieur le ministre, derrière ces chiffres, il y a des patients et des professionnels de la santé. Nous craignons vraiment que cela rende les soins moins accessibles, parce que les patients seront non seulement fortement chamboulés, mais ils devront aussi parcourir de plus longues distances pour

recevoir des soins dont ils ont besoin. Avec la récente vague de chaleur, nous avons constaté la nécessité de services d'urgences proches de la population. Si j'en crois les chiffres, ce sont pourtant énormément de services d'urgences qui vont devoir fermer. Et puis, il y a le personnel soignant qui risque de subir les énormes conséquences de cette réforme, laquelle, selon nos échos, se prépare déjà sur le terrain.

Monsieur le ministre, cette liste est-elle définitive ou non? L'ensemble des ministres de la Santé du pays se sont-ils accordés à ce propos?

Une concertation avec le personnel et les patients est-elle prévue ou a-t-elle déjà eu lieu? Nous entendons plutôt le contraire.

Garantisiez-vous un temps moyen de déplacement pour les patients? Quel sera-t-il?

Davantage d'hospitalisations de jour et des séjours plus courts signifient que des soins seront davantage dispensés en dehors de l'hôpital. Allez-vous dès lors renforcer les soins de première ligne, les soins de santé mentale, les soins aux personnes âgées et les centres de réadaptation?

Comment allez-vous soutenir financièrement les hôpitaux qui devront changer ou se transformer?

01.02 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, hier, la Conférence interministérielle Santé est parvenue à un accord de principe sur les grandes orientations de la réforme du paysage hospitalier pour les dix prochaines années.

Cette réforme était devenue indispensable face à la pénurie croissante de professionnels de santé, aux difficultés financières auxquelles se heurtent de nombreux hôpitaux et à la nécessité de garantir à chaque citoyen des soins accessibles, de qualité et financièrement soutenables.

Je me réjouis que le consensus adopté ait tenu compte des réalités des territoires ruraux. Les dérogations prévues pour les zones situées à plus de 25 km d'un hôpital de référence ainsi que les dispositions spécifiques pour la communauté germanophone répondent à une priorité que nous défendons depuis le début des discussions: garantir un accès équitable aux soins, quel que soit le lieu de résidence.

Pour notre territoire, il s'agit d'une avancée importante. Les spécificités de la Botte du Hainaut sont enfin reconnues, et l'hôpital de Chimay pourra bénéficier de dérogations prévues afin de préserver une offre de soins de proximité indispensable pour près de 100 000 habitants de notre bassin de vie. Je tiens à saluer le travail des ministres Engagés, Elisabeth Degryse et Yves Coppieters, qui ont défendu avec conviction ces réalités territoriales au sein de la Conférence interministérielle.

Je me réjouis également qu'aucune fermeture de site hospitalier ne soit imposée dans le cadre de cette réforme et qu'une période de transition de dix ans, accompagnée d'un fonds de transition ainsi que d'évaluations intermédiaires, soit prévue afin de permettre une adaptation progressive et concertée.

Cela dit, cet accord n'est qu'une première étape. La réussite de cette réforme dépendra désormais de sa mise en œuvre complète. Elle devra s'appuyer sur des données hospitalières actualisées, un monitoring permanent et un dialogue étroit avec les professionnels de terrain.

Elle devra également s'inscrire dans une approche globale de notre système de santé, en articulation avec les réformes de l'aide médicale urgente, les futures réformes du financement hospitalier, le prochain accord social destiné à renforcer l'attractivité des métiers de la santé, ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs de la santé mentale, notamment les hôpitaux psychiatriques.

Monsieur le ministre, quelles seront les prochaines étapes de cette réforme, tant au sein de la Conférence interministérielle Santé qu'au niveau du gouvernement fédéral? Quel calendrier envisagez-vous pour les différentes décisions à venir?

Comment entendez-vous poursuivre la concertation avec les réseaux hospitaliers, les professionnels de terrain, les représentants des patients et les entités fédérées tout au long de cette réforme? Sur quelles données d'activités hospitalières les futures décisions seront-elles fondées: les données de

2022, les données les plus récentes disponibles ou une moyenne pluriannuelle permettant de mieux refléter l'activité réelle des établissements?

Pouvez-vous confirmer que les évaluations intermédiaires seront organisées afin d'adapter, si nécessaire, la réforme aux réalités observées sur le terrain et à l'évolution des besoins de la population?

Dans le cadre de la réforme de l'aide médicale urgente, étudiez-vous la possibilité de créer un agrément intermédiaire de type "Première Prise en Charge des Urgences" (PPCU) de jour permettant d'assurer les soins urgents non programmés en journée et en soirée sans supporter les contraintes organisationnelles et financières d'un fonctionnement complet 24 heures sur 24? Cette formule pourrait constituer une réponse pragmatique pour plusieurs hôpitaux de proximité.

Enfin, concernant les futurs agréments SMUR, les critères tiendront-ils uniquement compte des distances kilométriques ou intégreront-ils également les temps réels d'accès, les contraintes géographiques, le relief, les conditions de circulation ainsi que les délais effectifs d'intervention auprès des patients?

01.03 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, en effet, depuis plusieurs mois, les discussions autour de la réforme du paysage hospitalier suscitent l'émoi parmi les gestionnaires d'hôpitaux, les professionnels de la santé et les citoyens. Le rapport des experts remis au mois de décembre dernier prévoyait des critères particulièrement stricts qui faisaient craindre la disparition de plusieurs sites hospitaliers et la fermeture de nombreuses maternités, notamment en Wallonie. Ces perspectives avaient bien légitimement suscité de nombreuses inquiétudes quant au maintien de l'accessibilité des soins et à la proximité hospitalière.

Les orientations envisagées lors de la récente Conférence interministérielle Santé semblent montrer que plusieurs de ces préoccupations ont été entendues. L'abandon du seuil de 600 accouchements par an pour les maternités, ainsi que l'engagement selon lequel aucun site hospitalier ne sera contraint de fermer, constituent bien sûr des signaux capitaux. Pour autant, de nombreuses questions demeurent quant à la mise en œuvre de cette réforme, dont le plan de transformation devrait s'étaler sur une dizaine d'années.

Monsieur le ministre, pouvez-vous détailler les grandes orientations désormais retenues pour cette réforme et préciser en quoi elles diffèrent des recommandations initiales du groupe d'experts? Quelles garanties pouvez-vous apporter aujourd'hui aux citoyens habitant dans les zones rurales ou semi-rurales afin que la nécessaire rationalisation du paysage hospitalier ne se traduise pas, à terme, par une diminution de l'accès aux soins de proximité? Comment le processus de concertation avec les gestionnaires d'hôpitaux et les autres acteurs concernés sera-t-il organisé?

Vous avez évoqué à plusieurs reprises, monsieur le ministre, la création d'un fonds de transition destiné à accompagner les établissements dans leur transformation. Où en est la réflexion à ce sujet? Quel sera le montant de ce fonds? Selon quelles modalités sera-t-il financé et quel type de projet ou d'investissement pourra-t-il soutenir?

Enfin, une attention particulière est-elle d'ores et déjà réservée à l'avenir du personnel des hôpitaux lors de cette transformation? Des concertations avec les syndicats ont-elles déjà eu lieu dans ce cadre?

01.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over hetzelfde onderwerp. Vorige week werd uitvoerig gecommuniceerd over een principesakkoord binnen de interministeriële conferentie (IMC) Volksgezondheid over de hervorming van het ziekenhuislandschap. Het betreft voor alle duidelijkheid een akkoord tussen de ministers van Volksgezondheid – dat zijn er weliswaar heel wat – maar ik denk dat er toch nog veel besprekingen moeten volgen. In die zin waren we erg verbaasd over de communicatie, waarbij de partij Vooruit expliciet stelde dat zij de ziekenhuizen heeft gered. Ik wijs erop dat dat nog altijd een zaak van de regering blijft en dat er, zoals ik net zei, nog heel wat besprekingen zullen moeten volgen. Toch heb ik al een aantal vragen, aangezien een en ander al in kunnen en kruiken lijkt te zijn.

Mijn eerste vraag is op welke manier bij de uitwerking van de hervorming rekening is gehouden met de realiteit van de eerstelijnszones in Vlaanderen en met de impact daarvan op de eerstelijnszorg. We hebben immers te maken met een asymmetrische realiteit in Vlaanderen en Wallonië. Hoe zullen we

dat aanpakken en oplossen? Hoe zal er worden gewerkt in de richting van geïntegreerde zorg, die vandaag niet meteen het uitgangspunt lijkt te zijn? Hoe zullen we vermijden dat men in hokjes blijft denken?

Welke impact zal de hervorming hebben op het tekort aan zorgpersoneel? Het was namelijk een van de uitgangspunten van de hervorming om die tekorten aan te pakken. Er zijn echter geen concrete maatregelen om dat op te lossen.

Dan heb ik nog een zeer belangrijke vraag over de financiën. Welke financiële impact verwacht u van de hervorming, zowel op federaal niveau als voor Vlaanderen? Hoe zal worden vermeden dat een eventuele inhaalbeweging in Wallonië ten koste gaat van Vlaanderen, rekening houdend met de verschillen in de organisatie van de zorg, namelijk de revalidatieziekenhuizen, de eerstelijnszones en het grotere aandeel van dagopnames in Vlaanderen? Hoe zult u daarmee rekening houden en ervoor zorgen dat, als er in Wallonië een inhaalbeweging nodig is, Wallonië daar niet ten koste van Vlaanderen voor wordt beloond?

Op welke manier zult u ervoor zorgen dat ziekenhuizen die zelf al inspanningen hebben geleverd inzake rationalisering en fusies, daarvoor niet worden gepenaliseerd? Een zeer opvallende passage in dat principeesakkoord is dat men uitsluitend als één ziekenhuis kan worden beschouwd als men ook op dezelfde site is gevestigd. Dat lijkt mij geen noodzakelijke voorwaarde om efficiëntiewinsten te realiseren. Dat kan ook als verschillende campussen of sites fuseren. Hoe zal daarmee worden omgegaan?

Op welke manier zal rekening worden gehouden met de geestelijke gezondheidszorg, en meer bepaald met de psychiatrische ziekenhuizen?

Is er onderzocht wat de belangrijkste oorzaken zijn van de financiële tekorten in veel ziekenhuizen? Het is belangrijk om daar zicht op te krijgen als we na de hervorming niet met dezelfde problemen willen worden geconfronteerd. Er schort vermoedelijk vaak iets aan het management in bepaalde ziekenhuizen. Hebben we daar zicht op en hoe zullen we voorkomen dat dat na de hervorming opnieuw een probleem blijkt?

Op welke manier zullen algemene ziekenhuizen, ziekenhuizen voor intermediaire zorg en ziekenhuissites voor dagzorg in de toekomst worden gefinancierd? Houdt de hervorming van de ziekenhuisfinanciering daar vandaag al rekening mee?

Ik heb nog een laatste vraag over de spoeddiensten. Het is vreemd dat geen gebruik wordt gemaakt van aanrijtijden, maar wel van kilometers. Wat is daarvan de reden? Het lijkt mij logischer om het over aanrijtijden te hebben.

Dat waren onze vragen.

01.05 Katleen Bury (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, de inleiding is al gegeven. Ik ga daarom direct over naar mijn vragen.

Op welke wetenschappelijke studies is het akkoord gebaseerd? Kunt u daarover meer uitleg geven?

Ik heb ook vragen over de belangrijke reorganisatie- en impactanalyses die worden uitgevoerd. Het gaat onder meer over reistijden en dergelijke, waarover we mevrouw Gijbels net hebben gehoord. Welke meetbare doelstellingen zullen worden vastgelegd inzake personeelsinzet, doelmatige besteding van publieke middelen en de evaluatie en eventuele bijsturing wanneer die doelstellingen niet worden gehaald?

Er wordt ook een transitiefonds aangekondigd. Hoe zal dat worden georganiseerd? Welk budget wordt daarvoor uitgetrokken? Welke criteria zullen worden gehanteerd?

Ik heb nog een vraag die ik in het begin al heb gesteld. Zult u die studies en impactanalyses openbaar maken? Wanneer verwacht u het definitieve wettelijke kader aan het Parlement voor te leggen?

Ik dank u voor uw antwoorden.

01.06 Nawal Farih (cd&v): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, vorige week hebben we inderdaad vernomen welk akkoord binnen de IMC werd bereikt. Heel wat ziekenhuizen waren trouwens al aan de slag gegaan met de expertennota. Door de langdurige politieke stilte gingen zij ervan uit dat dat de richting zou zijn waartoe politiek zou worden beslist. Het besluit is nu genomen binnen de IMC, maar ik sluit mij aan bij mevrouw Gijbels: Het gesprek zal ook binnen de regering nog uitvoerig moeten worden gevoerd.

Er blijven nog heel wat vragen open over de nota die ik heb gelezen en die we allemaal publiek hebben mogen ontvangen. Er wordt daarin erg weinig gesproken over de Vlaamse bevoegdheden. De eerstelijnszones en hun compatibiliteit met een ziekenhuishervorming blijven in de nota een *black box*. De impact op de eerste lijn zal heel groot zijn. Dat weten we allemaal. Zeker in provincies waar er vandaag al grote tekorten zijn in de eerste lijn moeten we erop toezien en de garantie krijgen dat beide systemen in de toekomst compatibel zijn.

In de hervorming wordt ook gesproken over een transitiefonds of een transitiefinanciering voor de ziekenhuizen, maar er wordt niet gesproken over de omvang van het budget en er wordt evenmin verduidelijkt wat de ziekenhuizen mogen verwachten.

In hoeverre de federale revalidatieziekenhuizen naast de Vlaamse revalidatieziekenhuizen zullen functioneren, is eveneens zeer onduidelijk.

Ik wil het ook hebben over de ziekenhuizen voor dagzorg, zoals ze in de nota worden genoemd. Er wordt gesproken over een dagspoed, maar ook heel duidelijk vermeld dat die bemand kan worden door een huisarts of een spoedarts. Voor mij is een dagspoed die bemand wordt door een huisarts uiteraard geen dagspoed, maar een veredelde huisartswachtpost. Graag krijg ik daarover meer duidelijkheid.

Ook met de reistijd wordt in deze nota geen rekening gehouden. Er wordt veeleer gesproken over het aantal kilometers. Het lijkt me belangrijk dat de reistijd wordt meegenomen. In de expertennota gebeurde dat wel.

De diepe nacht vormt volgens mij ook een groot hiaat. Ik hoef u niet te vertellen dat mensen zich overdag gemakkelijker kunnen verplaatsen met het openbaar vervoer. In de diepe nacht is die kwetsbaarheid voor patiënten net veel groter. We zouden daar ook een permanentie moeten kunnen voorzien.

De hervorming wordt in twee fasen uitgevoerd. Waar ik bezorgd naar kijk, is dat in de nota uitdrukkelijk wordt gezegd dat de criteria voor de tweede fase kunnen wijzigen naargelang de effecten van de eerste fase. Dat brengt natuurlijk heel wat onzekerheid met zich mee voor de zorgsector, die zich zo goed mogelijk probeert te organiseren. Ik hoef u niet te vertellen dat die sector zich op lange termijn moet organiseren om de kwaliteit voor de patiënt te garanderen en stabiliteit in de ziekenhuizen te verzekeren.

Wat zal de invulling van die nieuwe criteria zijn? Kunt u daarover al iets zeggen? Zich beperken tot de effecten van de eerste fase is wel zeer abstract om de zorgsector daarmee achter te laten.

Daarmee heb ik mijn vragen gesteld. Dank u wel.

01.07 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, la récente Conférence interministérielle Santé a marqué une évolution importante en reconnaissant les spécificités des territoires ruraux. Des dérogations sont désormais prévues pour les sites situés à plus de 25 km d'un hôpital général régional, avec pour objectif de garantir un accès équitable aux soins partout sur le territoire.

Pour la province de Luxembourg, cette orientation, pour autant qu'elle soit essentielle, soulève encore plusieurs questions très concrètes. Comment le gouvernement fédéral entend-il traduire sur le terrain ce critère des 25 km afin de garantir une véritable accessibilité aux soins urgents pour les habitants de notre province?

Si certains sites devaient évoluer vers un centre hospitalier de jour ou encore un hôpital de soins intermédiaires, quelles dérogations concrètes pourront être accordées afin d'assurer la prise en charge

des soins non qualifiés, notamment au travers d'un poste médical ou d'une équipe PIT (Paramedical Intervention Team) disponible 24h/24?

Comment cette réforme s'articulera-t-elle avec le projet Vivalia et la future organisation hospitalière en province de Luxembourg afin de garantir que l'accessibilité géographique reste une réalité pour tous nos concitoyens?

Le cas de l'hôpital de Marche-en-Famenne a suscité beaucoup d'inquiétudes ces derniers mois. À la lumière des orientations arrêtées par la CIM, quelle est aujourd'hui votre vision pour l'avenir de ce site et quel sera son rôle dans le futur paysage hospitalier luxembourgeois?

Les habitants de la province de Luxembourg ont besoin de clarté. Pouvez-vous leur confirmer que la mise en œuvre de cette réforme préservera effectivement un accès rapide, sûr et équitable aux soins d'urgence sur l'ensemble de notre territoire?

01.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik zal eerst kort ingaan op de manier waarop we de hervorming hebben voorbereid en aanpakken. Daarna zal ik het hebben over de doelstelling en vervolgens zal ik nog even ingaan op een paar punctuele elementen.

Collega's, het is een belangrijke hervorming. We investeren in de gezondheidszorg, maar we moeten ook hervormen. Omdat het een belangrijke hervorming is, hebben we ze ook uitgewerkt in etappes die op voorhand waren aangekondigd en die we tot nu toe gelukkig zeer stipt hebben kunnen uitvoeren. De hervorming van het ziekenhuislandschap was aangekondigd in het regeerakkoord van de federale regering. We hebben van meet af aan gezegd dat we die hervorming zouden doorvoeren in nauwe samenwerking met de regeringen van de deelstaten, die daarin belangrijke verantwoordelijkheden dragen. Die samenwerking is ook georganiseerd.

In het regeerakkoord was al aangegeven dat we onafhankelijke experts om een advies zouden vragen. Dat advies van de onafhankelijke experts lag er in december. Toen hebben we samen met de ministers van Volksgezondheid beslist om tegen eind april advies te vragen aan alle instanties die relevante adviezen kunnen geven, zoals de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, maar ook aan andere instanties. Vervolgens zouden we proberen zeer snel tegen eind juni tot een consensus te komen tussen de ministers van Volksgezondheid. Daar zijn we ook in geslaagd. Ik ben daar bijzonder tevreden over. We hebben inderdaad snel de aangekondigde consensus tussen de ministers van Volksgezondheid kunnen bereiken. De volgende etappe is dat de respectieve regeringen van de deelstaten zich over ons voorstel zullen uitspreken. Dat is iets voor na het zomerreces.

We zijn dus stap voor stap aan het doen wat we hadden aangekondigd. Dat is belangrijk voor de voorspelbaarheid, zoals sommige collega's al hebben gezegd. Het is een verhaal waarop de ziekenhuizen in zekere zin zaten te wachten. Het is natuurlijk ook een verhaal dat men op lange termijn moet uitrollen. Vandaar dat we werken in twee fases, waarbij we heel bewust in de tweede fase ook een evaluatie voorzien van het effect van de eerste fase. Zo moet men volgens mij ook werken. Men moet vandaag niet alles tot in detail vastleggen voor de komende tien jaar. Men moet ruimte geven voor overleg, reflectie en evaluatie onderweg, *en cours de route*. Dat is ook zo afgesproken.

Tegelijkertijd moet men de langetermijnoriëntatie, die heel belangrijk is voor het infrastructuurbeleid van de deelstaten, voldoende duidelijk maken. We hebben dus stap voor stap gehandeld, zoals afgesproken. Dat is belangrijk.

Ten tweede wil ik beklemtonen dat we het in deze hervorming hebben over het landschap van de ziekenhuizen. Daarnaast werken we aan een hervorming van de financiering van de ziekenhuizen. Dat is een apart, maar parallel spoor. Wat hier wordt voorgesteld met betrekking tot het landschap, is absoluut niet strijdig met het feit dat daarnaast ook de financiering wordt hervormd. Dat zijn echter twee verschillende zaken. De financiering moet worden hervormd en moet samenwerking ook gemakkelijker maken. Met betrekking tot het landschap vertrekken we vanuit een visie op samenwerking, maar het zijn wel twee verschillende hervormingen.

Ik wil ook beklemtonen dat men natuurlijk niet alles tegelijk doet. We hebben inderdaad beslist om de psychiatrische ziekenhuizen nog niet mee te nemen in dit hervormingsplan. In het Frans zegt men: *le mieux est l'ennemi du bien*. Het betere kan soms de vijand zijn van het goede. We willen niet te veel

hooi op onze vork nemen. Ik ben het echter absoluut eens met degenen die zeggen dat we ook naar het landschap van de psychiatrische ziekenhuizen en, in het algemeen, de geestelijke gezondheidszorg moeten kijken.

De experts die in december hun advies hebben ingediend, waren onder meer ook mensen uit de eerste lijn, omdat we die band met de eerste lijn belangrijk vinden. De precieze afstemming op de eerstelijnszones in Vlaanderen of de manier waarop men kijkt naar de toekomst van zorgregio's en eerstelijnszones in Vlaanderen moet ik echter ook overlaten aan de Vlaamse regering. Hetzelfde geldt voor Brussel en Wallonië en de manier waarop men daar de interactie met de eerste lijn ziet, met name heel concreet de hervormingen die daar momenteel lopen in de eerste lijn. U zult begrijpen dat ik daar als federaal minister geen zeer gedetailleerde uitspraken over zal doen, maar dat is inderdaad belangrijk.

Naar aanleiding van sommige vragen benadruk ik dat men de band tussen de hervorming van het ziekenhuislandschap en de eerste lijn correct moet voorstellen. Ik wil tegenspreken dat deze hervorming, of zelfs de algemene evolutie naar daghospitalisatie, een enorme, laat staan dramatische druk creëert op de eerste lijn of op de huisartsgeneeskunde. Dat is niet echt helemaal juist.

Dit is een hervorming die de ziekenhuiszorg als hoogstaand aanbod intact laat, dichtbij waar dat mogelijk is, voor patiënten die ziekenhuiszorg nodig hebben. Het is dus geen afwenteling van ziekenhuiszorg op huisartsen of thuisverpleegkundigen. Dat is absoluut niet de bedoeling. Wij willen een adequaat en goed aanbod van ziekenhuiszorg behouden. Daarvoor is een anders georganiseerd ziekenhuislandschap nodig.

Dit is ook geen sluitingsplan. We zijn wat mij betreft absoluut niet van plan om eender welke campus te sluiten, tenzij ziekenhuizen daar zelf toe beslissen. Het gaat dus niet over het sluiten van campussen, maar over het geven van nieuwe doelstellingen aan campussen, beter aangepast aan de noden van de toekomst en het beschikbare personeel. Ik kom daarop dadelijk nog even op terug.

Dit is dus geen verschuiving op grote schaal van taken naar de eerste lijn. Het gaat om een beter georganiseerde ziekenhuiszorg. De evolutie naar dagziekenhuizen en het feit dat mensen niet overnachten, maar 's avonds naar huis gaan, brengt in een aantal gevallen inderdaad meer taken met zich mee voor de thuisverpleging en soms ook meer aandacht voor de huisartsen. Dat betekent echter geen dramatische toename van de druk op de huisartsen. Dat is niet juist en dat zou ook niet mogen.

Thuishospitalisatie, chemotherapie thuis, speciale antibioticatherapie thuis en telemonitoring van hartfalen zijn dingen die de huisarts inderdaad moet opvolgen. Dat betekent echter geen dramatische nieuwe druk op de huisartsgeneeskunde, want dan denk ik dat we verkeerd bezig zijn. Het gaat om een beter georganiseerd ziekenhuislandschap.

Daarmee kom ik bij een ander belangrijk punt. De hervorming van de financiering verloopt parallel. De verbetering van de eerstelijnsstructuren, eerstelijnszones en eerstelijnsregio's – die verschillen tussen de deelstaten – is inderdaad belangrijk en moet in samenhang worden bekeken. De vraag die hier voorligt, is eerder hoe de ziekenhuizen hun missie zullen invullen als een missie die geïntegreerd is met de eerste lijn. Dat is de belangrijke vraag. Het gaat hier niet over het afwentelen van grote takenpakketten op de eerste lijn. Dat is niet de bedoeling. Wel moet worden gewerkt aan een betere samenwerking.

Ik kom dan bij het personeel. Mevrouw Gijbels zei dat zij de oplossingen voor het personeel niet ziet. Misschien is dat een misverstand. Om te investeren in het zorgpersoneel en zorgpersoneel te kunnen blijven rekruteren – wat heel belangrijk is voor de toekomst – moeten we nog vele andere hervormingen verder uitrollen. We moeten ook een goed sociaal akkoord hebben, met verbeteringen van de loon- en arbeidsvoorwaarden. Dat moet er komen in de tweede helft van de legislatuur. Daarnaast moeten we werken aan de beroepsprofielen van verpleegkundigen, zorgkundigen enzovoort.

Deze hervorming maakt de instellingen waar met name verpleegkundig personeel werkt, interessanter en aantrekkelijker voor het verpleegkundig personeel. Dat is wat deze hervorming doet en ook moet doen. Ik verklaar mij nader en kom daarmee meteen bij mijn tweede punt, namelijk de doelstelling hiervan.

We weten dat we meer en meer nood hebben aan chronische zorg, dat we meer en meer oudere mensen hebben en dat we meer bedden nodig zullen hebben waar mensen ook in een ziekenhuiscontext wat langduriger verblijven: oudere mensen, mensen die revalidatie nodig hebben, mensen die opnieuw zelfredzaam moeten zijn. Acute bedden zullen we minder nodig hebben. De schaal van het klassieke algemene ziekenhuis in België zal dus verkleinen wat acute bedden betreft.

We zullen meer nood hebben aan andere soorten bedden voor langdurig verblijf en meer nood aan bedden in een dagziekenhuis. Wat moet men dan doen als men het verpleegkundig personeel zo goed mogelijk wil inzetten en behouden? Dan moet men de ziekenhuizen die dag en nacht open zijn een voldoende grote schaal geven om het goed te blijven doen. Men kan die niet allemaal kleiner maken. Dat is niet goed, want een aantal daarvan zou te klein worden. Die ziekenhuizen moeten een minimale schaal blijven houden.

Daarnaast moet men campussen ombouwen voor dagactiviteiten, waar verpleegkundigen werken die graag alleen overdag werken, die geen nachtschiften en geen spoeddiensten 's nachts willen doen.

Verder moet men inderdaad beschikken over zogenaamde ziekenhuizen voor intermediaire zorg, die niet zo groot moeten zijn, niet noodzakelijk zo'n grote schaal moeten hebben en ook een ander type van verpleegkundige zorg meebrengen. Op die manier kan men verpleegkundigen de keuze laten maken voor werkomgevingen waarin ze zich goed voelen. Sommigen zullen graag in een acute omgeving werken, dag en nacht. Anderen zullen niet graag nachtdiensten doen. Nog anderen zullen liever werken met patiënten die een langdurig verblijf en revalidatie nodig hebben. Zeer veel van de hervorming is gemotiveerd door een betere inzet van het schaarse verpleegkundige personeel.

Voor alle duidelijkheid: dit is natuurlijk het omgekeerde van een afdankingsplan. Dit is een plan om de mensen te kunnen behouden, om de mensen niet te zien verdwijnen door een toenemende druk in ziekenhuizen die niet meer optimaal georganiseerd zijn. Het is dus investeren in het ziekenhuislandschap en dat beter organiseren, ook ten dienste van het verpleegkundig personeel. Dat is de inzet.

Om dat goed te doen, moet er verder worden nagedacht over de band met de eerste lijn. Er moet worden nagedacht over het infrastructuurbeleid op het niveau van de regio's. We moeten ook nadenken over de financiële problematiek tijdens zo'n lange transitiefase. Die financiële problematiek heeft bijvoorbeeld te maken met wat een fusie voor een ziekenhuis betekent. Ik verwijs ook naar iets wat in het regeerakkoord staat. Een fusie is op korte termijn financieel niet altijd een interessante operatie, maar kan op lange termijn wel nuttig zijn.

We hebben inderdaad afgesproken dat we die transitieproblematiek ook financieel zullen bekijken. Ik kan nog niet zeggen wat ons voorstel precies zal zijn, want daarover willen we nog overleg voeren, maar we nemen dat zeker mee.

Ik wil ook nog beklemtonen, in het verlengde van het voorgaande, dat we ervoor moeten zorgen dat gespecialiseerde spoeddiensten goed gespreid zijn over het hele land, maar gespecialiseerde spoeddiensten vragen sterke algemene ziekenhuizen. Daarom moeten die een voldoende grote schaal hebben.

Mevrouw Farih, de uitdrukking 'dagspoed' hebben we niet gebruikt. Het is een mooie uitdrukking, maar inderdaad misschien een beetje verwarrend. Wat we wel hebben gezegd, is dat een ziekenhuis voor dagzorg een medische hulppost kan organiseren gericht op de opvang van niet-planbare zorg. Hoe we dat willen doen, moeten we nog verder uitwerken in overleg, ook met de Federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening.

We willen op ziekenhuiscampussen die alleen nog dagactiviteiten organiseren en die op meer dan 25 kilometer afstand van andere ziekenhuizen met een spoeddienst liggen, ook een PIT installeren die van daaruit kan uitrukken. Wat we niet willen, is dat de ziekenhuizen voor dagzorg ook nachtactiviteiten ontwikkelen. Die lijn willen we duidelijk trekken. We denken dat we de hervorming anders niet goed zullen kunnen uitrollen. We willen echt een duidelijk onderscheid maken tussen ziekenhuizen met alleen dagactiviteiten en ziekenhuizen met nachtactiviteiten.

Een ziekenhuis met alleen dagactiviteiten kan wel een medische hulppost ontwikkelen, liefst in goed

overleg met de huisartsenwachtpost natuurlijk. Daar is een continue overgang tussen het ene en het andere bezig, denk ik. Als zo'n dagziekenhuis op meer dan 25 kilometer afstand ligt van een ziekenhuis met een spoeddienst, zou men daar een ambulance met een PIT of zelfs een ambulance met een MUG kunnen installeren, zodat spoedinterventies ook goed gespreid over het grondgebied kunnen vertrekken.

Nabijheid is naast noodzakelijke concentratie echt een belangrijk principe. Dat is ook de reden waarom we hebben gezegd dat een rijafstand van 25 kilometer over de weg een afstand is die kan leiden tot afwijkingen van de regel met betrekking tot de minimale schaal van een regionaal algemeen ziekenhuis.

Cette exception au nom de la proximité est, du reste, la raison pour laquelle l'hôpital que vous avez mentionné, madame Ramlot, doit, selon nous, pouvoir garder le statut d'un hôpital régional général. Nous avons voulu tenir compte des questions de langue et de proximité. Je crois que c'est fondamental.

Dat is ook de reden waarom we voor de materniteiten niet zijn ingegaan op het advies van de experts. Laat ik eerlijk bekennen dat ik daardoor ook een beetje verrast was. Materniteiten moeten vandaag gemiddeld 400 bevallingen per jaar doen. Alleen als ze conform de 25 km-regel op verre afstand van een andere materniteit liggen, mogen ze daaronder gaan.

Voor mij is er geen kwaliteitsreden om een materniteit te dwingen om minstens 600 bevallingen te doen. Kwaliteit is voor mij niet onderhandelbaar. Of men nu 600 bevallingen dan wel 400 bevallingen begeleidt, heeft te maken met de efficiëntie van het personeel, maar efficiëntie is voor mij een doelstelling die men in een trade-off moet bekijken met nabijheid. Men kan een beetje efficiëntie van personeelsinzet opofferen, omdat men meer nabijheid wil. Wat mij betreft, geldt dat voor materniteiten. Dus hebben we het getal van 600 niet aangehouden.

We kiezen ervoor dat een materniteit zich moet situeren in een regionaal algemeen ziekenhuis, dat wel, en dat dat regionaal algemeen ziekenhuis een voldoende grote schaal moet hebben, dat ook. Er zijn er niet veel, maar hier en daar zal er inderdaad een materniteit zijn die vandaag bij een regionaal ziekenhuis zit dat een onvoldoende grote schaal heeft. Dan rijst de vraag wat daarmee moet gebeuren. Als dat regionaal ziekenhuis geen regionaal ziekenhuis blijft, maar een dagziekenhuis wordt, dan kan daar geen materniteit zijn. Hier en daar kan dat wel gebeuren, maar dat zal volgens ons geen ingrijpende verandering van het landschap met zich brengen.

Mevrouw Farih, revalidatie is inderdaad een complex gegeven, omdat dat asymmetrisch is. We hebben in ieder geval de vraag van mijn Vlaamse collega om terdege rekening te houden met de realiteit van de Vlaamse revalidatieziekenhuizen bij de uittekening van het ziekenhuislandschap meegenomen.

Mevrouw Gijbels, wat de geïntegreerde zorg betreft, ben ik het helemaal met u eens, maar ook daar moet alles op zijn tijd. Natuurlijk moet er een goede band zijn tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnszorg en moeten de ziekenhuizen deel van de keten zijn in een geïntegreerde visie op zorg. Dat is absoluut juist, maar we wilden hier wel een aantal concrete beslissingen nemen over het landschap van de ziekenhuizen.

Chers collègues, je crois qu'il fallait absolument dessiner une perspective pour l'avenir à moyen et long termes, qui permette aussi aux régions de bien organiser leur politique en matière d'infrastructures et de leur nécessaire renouvellement, en deux phases, avec une évaluation. Cela se fera en concertation étroite en ce qui concerne la problématique du personnel, évidemment avec les partenaires sociaux – il a été clairement noté que cette dimension était fondamentale – et en réconciliant la proximité avec la nécessaire concentration en vue d'une qualité non négociable, ainsi qu'en vue d'une certaine efficacité de l'engagement du personnel. Comme je viens de le dire, l'efficacité dans l'engagement du personnel est primordiale pour le maintenir. Il y a cependant un *trade-off* entre cette efficacité et la question de la proximité, en vue de quoi il faut trouver le juste milieu. C'est ce que nous nous efforçons de faire. Bien évidemment, les décisions politiques seront prises au sein des gouvernements respectifs.

01.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Je vous remercie, monsieur le ministre, même si je regrette qu'au bout du compte, nous ayons reçu des réponses qui restent très vagues. J'ai demandé précisément si vous confirmiez la fermeture des 39 sites renseignés dans la presse. Vous n'apportez pas de réponse précise. Vous dites aujourd'hui: "Oui, certaines maternités devront peut-être fermer." Mais les gens veulent savoir! Nous voulons savoir et en avons le droit!

01.10 **Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Merckx, dat had ik misschien moeten zeggen, want u hebt dat inderdaad gevraagd. Als een ziekenhuiscampus niet beantwoordt aan de criteria voor een regionaal algemeen ziekenhuis dat dag en nacht open is, een gespecialiseerde spoedafdeling heeft, met bedden voor intensieve zorg, enzovoort, dan zijn er verschillende mogelijkheden. Men kan proberen om, door afspraken te maken met andere ziekenhuizen, de activiteiten uit te breiden om toch aan de criteria te beantwoorden. Men kan beslissen om een fusie aan te gaan. Men kan ervoor kiezen om een dagziekenhuis te worden. Men kan ook beslissen om een ziekenhuis voor intermediaire zorg te worden.

Het komt niet ons toe, al zeker niet op het federale niveau, om daarover te beslissen. In de eerste plaats is dat de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen zelf. De erkenningen zullen uiteindelijk ook door de regio's worden verleend, niet door mij.

Dat ligt dus inderdaad nog open, omdat dat een zaak is van lokaal initiatief en lokale visieontwikkeling. Dat proces is volop bezig.

Voor mij is het belangrijk dat dat altijd gebeurt in overleg met het personeel en, zoals een aantal mensen hebben gezegd, vanuit een visie op de zorgbehoeften van een volledige regio.

01.11 **Sofie Merckx (PVDA-PTB):** Monsieur le ministre, en tout cas, à la lecture de ces chiffres, nous comptons aujourd'hui 117 services d'urgence dans notre pays. Combien d'entre eux vont-ils devoir fermer et quelles sont les garanties que tout se passera bien? Je suis très inquiète. Et maintenant, vous inventez encore un nouveau concept: les urgences en journée. Comment cela se passera-t-il? Les gens souffrant de pathologies trop lourdes s'y présenteront quand même. Cela sera-t-il bien organisé? En tout cas, cela ne me rassure pas du tout. Je trouve que l'on agit au doigt mouillé. Notre pays compte un nombre incroyable de ministres de la Santé et de niveaux de pouvoir, et tout est organisé au petit bonheur la chance. Je voudrais qu'en tant que ministre de la Santé de tout le pays, vous garantissiez un accès aux soins à tout le monde.

Vous dites aussi que les gens attendent cette réforme. Je ne suis pas d'accord: les gens la craignent! C'est ce qu'il me revient du terrain. J'ai discuté avec des infirmières du côté de Lobbes, par exemple, qui sont très inquiètes en découvrant tous ces plans. Le personnel prend les devants, car il a peur des conséquences de la réforme.

Tout récemment, vous avez dit deux choses relativement aux conséquences sur les soins de première ligne. D'abord, vous avez indiqué qu'il ne s'agissait pas d'un glissement vers la première ligne. Puis, vous avez ajouté que ce ne serait pas dramatique pour celle-ci. Soyons clairs, monsieur le ministre: s'il y a moins de sites hospitaliers aux urgences auxquels le public peut se rendre et qu'il ne reste que des sites avec des consultations et des hospitalisations de jour, il en résultera évidemment une énorme surcharge pour la première ligne! Soyons clairs! Du reste, est-elle prête? Elle ne l'est pas. C'est là que réside le problème. Encore une fois, ce sera la première ligne qui, avec les moyens du bord et tout son dévouement, devra pallier ces difficultés. Mais à un moment donné, je crains que cela n'aille trop loin et que nous n'assistions à des catastrophes.

Enfin, s'agissant du fonds de transition, la question est très importante: où est l'argent pour faire face à tout cela? Il avait été dit qu'on ne ferait plus d'économies sur le dos des soins de santé. Or vous n'êtes pas en mesure de dire aujourd'hui combien d'argent sera disponible pour répondre à cette transformation. Donc, je ne suis pas du tout rassurée, monsieur le ministre.

01.12 **Jean-François Gatelier (Les Engagés):** Merci monsieur le ministre pour vos réponses. Moi je suis quand même un peu rassuré, madame Merckx, parce que je pense qu'ici, nos ministres ont entendu la peur de la population. Et d'ailleurs cette peur de la population, malheureusement, est alimentée par les politiques qui crient depuis un an sur tous les réseaux qu'on va fermer un hôpital sur deux en Wallonie, un hôpital sur trois à Bruxelles.

Il faut arrêter de faire peur aux gens. Il faut laisser faire cette réforme, vous savez tous qu'elle est nécessaire. Le budget en soins de santé augmente chaque année, et nous allons faire face à un pic d'augmentation de malades chroniques dû au vieillissement de la population.

Cette réforme se fait aussi naturellement, de toute façon. Vous voyez bien que les réseaux hospitaliers s'organisent déjà depuis longtemps. Et d'autres pays européens ont déjà fait ces réformes. Donc nous n'avons pas le choix. Et, bien entendu, il faut qu'elle soit une réussite.

C'est pour ça que je suis rassuré partiellement parce qu'ici, on a écrit un premier chapitre. Dans ce premier chapitre, on a tenu compte des zones rurales. C'est très important, surtout pour la Wallonie, parce que nous avons un contexte géographique différent de la Flandre. Il faut que cet accès primaire aux soins soit assuré.

Et cette réforme, les patients la font aussi déjà naturellement. Croyez-vous qu'un patient dans ma région – je viens d'une région très éloignée des grands centres de référence – veut se faire opérer du cœur dans un petit hôpital de proximité? Ces patients parcourent les distances nécessaires jusqu'à Bruxelles ou les autres grandes villes. Intuitivement, les patients acceptent déjà cette réforme.

Toutefois, ils craignent pour les soins non programmés. On ne va pas parler de soins d'urgence, mais plutôt de soins non programmés. Et c'est vrai que, dans ces soins non programmés – excusez-moi pour l'expression –, pour l'instant c'est un vrai bordel. Il manque aussi de l'efficacité. Il faut une meilleure coopération, une meilleure coordination de la première ligne.

Pour rejoindre en partie Mme Merckx, il est vrai qu'il faudra donner des moyens en première ligne. Je ne dis pas spécialement en médecine, mais il faudra absolument garantir que les soins à domicile, par les infirmières, par les kinés, les sages-femmes soient financés correctement pour ne pas décourager ces gens qui vont devoir assurer cette première ligne.

Et moi, en tout cas, si demain j'ai une maladie aiguë, je préfère ne pas rester longtemps à l'hôpital, retourner vite chez moi et être soigné à domicile. Cela fait aussi partie de l'état d'esprit des gens.

Cette réforme tient aussi compte, et j'en suis bien heureux vu le vieillissement, des lits de longue durée, non seulement pour la gériatrie, pour la révalidation, mais aussi pour la santé mentale. C'est très rassurant d'avoir mis à part les hôpitaux psychiatriques. La santé mentale est déjà en crise, elle n'est pas assez soutenue et financée.

L'autre crainte de la population – et c'est ça qu'il faudra réussir à la rentrée, monsieur le ministre – concerne cet accès aux soins non programmés, aux soins d'urgence. Il est normal que la population ne fasse pas une heure de route pour trouver un service d'urgences compétent, que la population à domicile puisse être desservie rapidement par un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), et pas que par une Paramedical Intervention Team (PIT). Il faut parfois des PIT, comme on le voit dans d'autres pays, mais les SMUR restent encore nécessaires. En tout cas, je vous remercie du travail effectué pour l'instant.

01.13 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre longue réponse. Vous nous avez rappelé les grandes orientations de votre réforme, le calendrier – respecté jusqu'à présent – ainsi que les différentes adaptations à la suite des premières préoccupations qui avaient été exprimées.

En réponse à M. Gatelier, heureusement que ces préoccupations ont été exprimées et qu'elles ont été relayées par des partis politiques! Entre le rapport des experts et le résultat final de la concertation de la CIM, des adaptations ont été apportées. Ces dernières ont notamment évité la fermeture de certains sites. À l'époque, même si l'on nous a accusés de propager des fakes news, il était essentiel de dénoncer certains risques de fermeture ainsi que les conséquences potentielles en termes d'accessibilité.

Monsieur le ministre, il reste encore énormément de questions sans réponse. Pour une part, cela s'explique sans doute par le fait que ces interrogations interviennent trop tôt. Néanmoins, je reste quelque peu sur ma faim en ce qui concerne les suites de la concertation. Vous nous avez indiqué que celle-ci se poursuivrait en septembre, avec les prochaines étapes de la mise en œuvre, mais nous n'en savons guère davantage à ce stade.

Vous avez également précisé que vous ne pouviez pas encore fournir de détails concernant le fonds de transition et son financement, ceux-ci faisant toujours l'objet de concertations.

S'agissant du personnel, vous avez rappelé que votre ambition est de mieux valoriser le personnel existant et de conserver un maximum d'infirmiers au sein du système. C'est un objectif que nous partageons pleinement.

Il subsiste toutefois des inquiétudes, notamment quant aux déplacements de personnel. Une réforme de cette ampleur entraînera inévitablement des mouvements au sein des équipes. Il me semble dès lors essentiel d'anticiper ces évolutions dans le cadre d'une concertation avec le personnel des hôpitaux. En tout cas, sur le terrain, nous entendons certaines craintes, même si elles ne vous ont peut-être pas encore été relayées.

Concernant l'accessibilité – notamment pour les citoyens habitant dans les zones rurales ou semi-rurales – je n'ai pas encore entendu énormément de réponses non plus.

De toute façon, ce n'est pas la fin du débat sur ce thème. Je suis certaine que nous y reviendrons dès la rentrée, avec une série de questions précises.

01.14 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Dat hervormingen nodig zijn, staat buiten kijf. Daarover zijn we het allemaal eens. Ik wil niettemin een aantal punten aanstippen.

U geeft aan dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering losstaat van het project van de ziekenhuishervorming, maar daarmee ben ik het niet helemaal eens. Voor ziekenhuizen die zich nu moeten omvormen of klaar moeten staan om op te schalen, is het immers belangrijk dat zij een zicht krijgen op de vraag of een en ander wel financierbaar zal zijn en of zij financieel het hoofd boven water zullen kunnen houden, ook met een toekomstige andere financiering. Beide trajecten moeten dus samengaan. Ziekenhuizen moeten ook inzicht kunnen krijgen in de manier waarop die financiering precies vorm zal krijgen.

Waarover ik ongerust blijf, is de communautaire transfer die daar volgens mij toch in vervat zit. U geeft zelf aan dat er allerlei transities zullen moeten gebeuren en dat ze geld zullen kosten. Daarvoor zal ook een budget worden uitgetrokken. Ik vrees dat dat vooral ten goede zal komen van ziekenhuizen die nog geen efficiëntieoefeningen hebben gedaan, die nog geen fusietrajecten hebben doorlopen en die nog te weinig zijn overgeschakeld op daghospitalisatie. Volgens mij gaat het dus om een transfer naar Wallonië, die zodoende ten koste zal gaan van de financiering van de Vlaamse ziekenhuizen. Ik wil daarom vragen om daarvoor zeker aandachtig te zijn, zodat ziekenhuizen niet worden ontmoedigd om bijkomende efficiëntieoefeningen te maken, wat volgens mij absoluut niet de bedoeling mag zijn.

Over de aanrijtijden heb ik geen rechtstreeks antwoord gehoord. Het lijkt mij nochtans logischer om het over aanrijtijden te hebben dan over kilometers.

We zullen de nadere bespreking van het project alleszins blijven opvolgen. Ik kijk er benieuwd naar uit, maar ook met enige ongerustheid. Ik hoop dat het project ook ten goede zal komen aan de ziekenhuizen die al sterk in de juiste richting zijn geëvolueerd.

01.15 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, ik heb heel veel intenties gehoord, maar weinig garanties.

Volgens ons is de transfer richting Wallonië, om daar de zwakke leerlingen toch op het goede pad te krijgen, eigenlijk al een realiteit, terwijl Vlaanderen het al zeer goed doet. Dat is schrijnend. Die hervorming zal vooral hen dienen. Wat in Vlaanderen al goed wordt gedaan, zal moeten worden herbekeken, terwijl sommige zaken helemaal niet hoeven te worden herbekeken.

De grote woorden dat geen enkele campus moet sluiten, klinken mooi. Het belangrijkste blijft echter welke zorg daar beschikbaar zal zijn en welke zorg niet meer. Dat is waar de patiënt om maakt, niet of het gebouw openblijft, maar wel wat daar nog allemaal kan gebeuren.

Ik maak mij ook enorme zorgen over de eerste lijn en de thuisverpleegkundigen. We zien nu al heel korte opnames. Ik hoor nu al verhalen van thuisverpleegkundigen die zeer complexe nazorg moeten doen. Ze moeten werken met sondes en drainages. Soms mislukt het en is het vacuüm weg. Dan moet men naar het ziekenhuis, maar kan men daar niet meer terecht omdat het weekend is. De

thuisverpleegkundigen worden met die zorg geconfronteerd en vragen zich af waarom die patiënten niet nog een of twee dagen langer in het ziekenhuis kunnen blijven, zodat ze voldoende stabiel zijn. Dat zijn zaken die tot bij ons komen en die ons enorm zorgen baren. We moeten vermijden dat daar zaken fout lopen.

Wat ik ook nog heel belangrijk vind, en wat we ook al van mevrouw Gijbels hebben gehoord, is dat de keuzes die de ziekenhuizen nu moeten maken, uiteraard sterk financieel gebonden zijn. Welke stappen zullen ze zetten? Kiezen ze voor een fusie of eerder voor een beperking? Als ze eigenlijk niets weten over de ziekenhuisfinanciering, kunnen zij die vragen momenteel niet oplossen. Ik denk dus dat we daar met een groot probleem zitten.

La **présidente**: Qui souhaite encore intervenir ? Madame Farih, vous n'étiez pas inscrite.

01.16 Nawal Farih (cd&v): Mevrouw de voorzitter, we hebben gisteren om 11.00 uur vernomen dat er een actualiteitsdebat zou worden georganiseerd. Het Vlaams Belang heeft om 15.00 uur nog vragen ingediend, die werden toegevoegd aan het debat. Ik ga er daarom vanuit dat alle partijen tweemaal mogen het woord mogen nemen. Wij hebben ons immers aan de regels gehouden door na 11.00 uur geen vragen meer in te dienen. Het Vlaams Belang heeft dat wel gedaan – die vragen zijn aan de agenda toegevoegd – en mag zodoende twee keer aan het woord komen. De eerlijkheid gebiedt dat wij dat ook mogen.

La **présidente**: Pour bien préciser que nous ne sommes pas en train de privilégier un parti politique plutôt qu'un autre, la question a été jointe à la demande du cabinet du ministre, et non ici à l'initiative du secrétariat. Je n'ai pas de problème à vous donner la parole, mais je demandais d'abord qui souhaitait intervenir.

01.17 Nawal Farih (cd&v): Mevrouw de voorzitter, ik had de indruk dat ik niet meer mocht tussenkomen, maar ik ben blij dat ik toch nog even het woord krijg.

Mijnheer de minister, ik wil eerst ingaan op de ziekenhuisfinanciering, waarvan u zei dat die parallel zou lopen. Ik deel de bezorgdheid van mevrouw Gijbel, namelijk dat die hervorming in de eerste plaats zou moeten gebeuren, net zoals de nomenclatuurvorming, om de ziekenhuizen meer stabiliteit en een duidelijker toekomstperspectief te geven. We weten dat 60 % van onze ziekenhuizen vandaag in het rood staan. Als er in de toekomst hervormingen moeten gebeuren, kan dat alleen als zij ook weten hoe de ziekenhuisfinanciering 2.0 eruit zal zien. Dat is een van mijn grootste bezorgdheden.

Ik ben het niet met u eens als u zegt dat er geen verdere druk op de eerste lijn zal komen. Ik lees in de nota trouwens dat voor de ziekenhuizen die dagzorg zullen aanbieden, overnachtingen niet mogelijk zullen zijn, behalve uitzonderlijk. Dat betekent natuurlijk dat er een verschuiving zal zijn naar de thuisverpleegkundigen, terwijl we vandaag al weten dat we een tekort hebben van 1.000 voltijdsequivalenten, een aantal dat in de toekomst nog zal toenemen. Die verschuiving van druk naar de eerste lijn moeten we dus echt bewaken. Aangezien het om een nota van de IMC gaat, had ik ook gehoopt dat daarin voldoende regionale elementen zouden zijn opgenomen, maar helaas moet ik vaststellen dat daar vandaag nog onvoldoende werk van is gemaakt.

Wat de discussie over de dagspoed of de spoed tussen 07.00 en 23.00 uur betreft, staat in de nota wel degelijk dat maximaal ongeplande zorg zal worden verleend tussen 07.00 en 23.00 uur. In mijn interpretatie komt dat neer op dagspoed, want ongeplande zorg in de diepe nacht is dan niet mogelijk. Ik herhaal daarom mijn bezorgdheid over de meest kwetsbare patiënten die geen auto voor de deur hebben staan en afhankelijk zijn van het openbaar vervoer. Hoe zullen we er in godsnaam voor zorgen dat zij, wanneer er iets misloopt, tijdig op eigen kracht de spoeddiensten kunnen bereiken?

Tot slot wil ik nog iets zeggen over de criteria voor fase 2. Ik ben het met u eens dat we die vandaag nog niet volledig kunnen vastleggen. Zoals ik de nota lees, zou er in 2031 een evaluatie plaatsvinden en zal de hervorming vervolgens in 2032 moeten worden doorgevoerd. Die tijdspanne van één jaar is voor de ziekenhuizen wel bijzonder kort. Ik zie u het hoofd schudden. Misschien heb ik het verkeerd begrepen; mogelijk kunt u daar nog op ingaan.

01.18 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie de vos réponses. À vous entendre, je suis conquise. En général, il est vrai que le changement fait peur à la population. Or il faut

oser, et c'est ce que vous faites. Nous aussi, en province de Luxembourg, nous osons en ouvrant un nouvel hôpital.

Vous arrivez avec votre réforme du paysage hospitalier alors que nous sommes à l'aube de prises de décisions de grande importance dont les conséquences seront certainement lourdes et irréversibles. C'est précisément pour cette raison que je tenais à vous le rappeler aujourd'hui. Je vous remercie par avance, car les échanges intervenus au sein de la CIM m'ont rassurée.

J'espère à présent que ces engagements seront mis en application et que les spécificités de la province de Luxembourg seront pleinement prises en compte: un vaste territoire, caractérisé par des pôles urbains éloignés les uns des autres et une faible densité de population.

Pour ma part, je veillerai à ce que ces engagements soient effectivement respectés dans leur mise en application.

01.19 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister, voor de verduidelijkende toelichting bij de ziekenhuishervorming.

Ten eerste, op basis van de contacten die ik heb gehad, lijkt het mij dat de directies redelijk mee zijn in het verhaal en dat zij momenteel al een groot deel van de voorbereidingen treffen. Bij de echelons onder de directie, dus bij de artsen en het verplegend personeel heerst er echter een zeer grote onzekerheid. Dat is ook logisch wanneer we in de pers lezen dat 39 ziekenhuizen moeten sluiten. Een van de grote taken zal er dan ook in bestaan om de hervorming te kaderen als een goede hervorming.

Ten tweede begrijp ik dat het met de hervorming geenszins de bedoeling is om de druk op de eerstelijnszorg te vergroten, een bekommerning waaraan sommige collega's hier uiting hebben gegeven. Het is echter wel mogelijk dat dat echt het resultaat wordt. Als een aantal medische ingrepen niet langer worden aangeboden in wat vandaag ziekenhuizen zijn, bestaat het risico dat die verschuiven naar de eerste lijn. Verschillende ziekenhuisfederaties hebben inderdaad hun bezorgdheid uitgesproken dat ziekenhuisactiviteiten buiten de ziekenhuizen zullen plaatsvinden.

In het voorgestelde tienjarenplan stelt de interministeriële conferentie Volksgezondheid dat er zal worden geëvalueerd *en cours de route*. De druk op de eerstelijnszorg, zorg die inderdaad vooral een gewestelijke bevoegdheid is, moet in die evaluatie worden meegenomen, zodat men kan bijsturen waar nodig.

Ten derde, met betrekking tot het personeel stelt u dat een van de doelstellingen erin bestaat het werk interessanter en aantrekkelijker te maken en dan hebt u het vooral over de jobinhoud. Er spelen echter ook praktische redenen mee bij de keuze voor een bepaalde job. Als men bijvoorbeeld een verplegend personeelslid is in het AZ in Oudenaarde dat een dagziekenhuis wordt, en men moet verhuizen naar Ronse, Zottegem of Gent, dan zal dat voor een aantal mensen wel aanvoelen als een verlies. Dat aspect moet dus worden meegenomen in de evaluatie en samen met het personeel worden bekeken.

Ten slotte deel ik de mening dat, als ziekenhuizen over andere toekomstscenario's moeten nadenken, zij uiteraard zicht moeten hebben op de manier waarop zij dat kunnen financieren en dat het beleid dat duidelijk moet maken.

01.20 Jan Bertels (Vooruit): Vooreerst dank ik de minister om het globale kader nog even toe te lichten.

Collega's, ik heb niemand van u de noodzaak van de hervorming van het ziekenhuislandschap ter discussie horen stellen. Iedereen is het erover eens dat niets doen geen optie is, want dan rijden we met onze ziekenhuiszorg vroeg of laat tegen de muur.

We moeten dus iets doen. De minister heeft dat omschreven als investeren in hervormen. Ik ben blij dat de minister het proces nog eens heeft toegelicht. Dat proces is al geruime tijd bezig. Er is het werk van de expertencommissie en er is aan alle actoren advies gevraagd en die hebben dat ook verleend. Zo hebben alle ziekenhuiskoepels dat op hun eigen manier en vanuit hun eigenheid gedaan. Vandaar dat het advies van GIBBIS ook verschilde van dat van Zorgnet-Icuro, om maar een voorbeeld te geven. Vervolgens is er een principiële beslissing genomen op de interministeriële conferentie

Volksgezondheid.

Het doel is ons ziekenhuislandschap te hervormen én te bewaren. De heer Van Lysebettens bepleitte daarnet dat ziekenhuisactiviteiten bij ziekenhuizen moeten blijven. Om die doelstelling te kunnen realiseren en om artsen en specialisten in het ziekenhuis te behouden, heeft een ziekenhuis een bepaalde schaalgrootte nodig. In veel van onze kleinere ziekenhuizen organiseren de eigen ziekenhuisspecialisten – ik zeg het nu wat cru, al is het niet altijd zo – hun eigen concurrentie via hun ambulante activiteiten. Daarom moet de schaal voldoende groot zijn, zodat zij hun activiteiten daar ten volle kunnen ontplooiën.

Collega's, wat zien we op het terrein? De zorgregio's, waarnaar de minister heeft verwezen, moeten een eigen plan uitwerken over de manier waarop zij met hun verschillende ziekenhuizen omgaan. Ze zijn daar ook daadwerkelijk mee bezig. Nog vóór de interministeriële conferentie Volksgezondheid zich had uitgesproken, waren ze daar al mee gestart.

De financiering speelt daarbij uiteraard een rol. Nog belangrijker is echter – en ik hoop dat dit voor de meeste zorgregio's geldt – dat de schaalvergroting in de eerste plaats dient om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt, waarvoor we het allemaal doen, te behouden. Dat is althans in Vlaanderen het geval; ik ben niet zo op de hoogte van de situatie in Wallonië. Ze is ook noodzakelijk om de continuïteit van de zorg te verzekeren.

Specialisten werken vandaag terecht – en dit is een goede zaak – samen over verschillende ziekenhuizen heen om de wachtdiensten te verzekeren. Dat hebben we vroeger bij de huisartsen gezien en vandaag zien we hetzelfde bij de specialisten. Laat dat de eerste bekommernis zijn.

Natuurlijk wordt ook gekeken naar de beschikbare financieringsmechanismen. Het huidige BFM-financieringsmodel bestraft fusies niet, maar belooft ze evenmin. Daar is men dus al mee aan de slag.

Dat neemt niet weg dat we iets moeten doen – daar zijn we het allemaal over eens – willen we onze patiënten de best mogelijke zorg kunnen bieden en willen we ons personeel en onze zorgverstrekkers, in de brede zin van het woord, toelaten hun werk in de best mogelijke omstandigheden te doen, met respect voor de toegankelijkheid van de zorg.

Ik ben ervan overtuigd dat onze zorgregio's, onze deelstaten en ook de federale overheid erover zullen waken dat iedereen de nodige zorg blijft krijgen: kwalitatief, toegankelijk en betaalbaar. Wat we nu hebben, zullen we ook in de toekomst blijven hebben, maar daarvoor moeten we hervormen en investeren. Dat wekt altijd weerstand op en dat is normaal.

01.21 Nathalie Muylle (cd&v): Na de terechte vragen van collega Nawal Farih geef ik, aansluitend op het betoog van de heer Bertels, graag uiting aan mijn bezorgdheid over de mogelijke stilstand als gevolg van de lopende oefening. Een aantal richtlijnen zit goed. Vandaag beweegt er al zeer fel van alles op het terrein en sommige ziekenhuizen maken al werk van een en ander. In verschillende provincies lopen er al procedures om uit een netwerk te stappen. In de nota staat immers ook dat we de netwerken zullen opheffen en naar logische zorgregio's zullen gaan, waarvoor ook wij pleitbezorger zijn. Dat maakt dat de strategische zorgplanning deels geblokkeerd zit. De eerstelijnszones zijn verschillend van de regionale zorgzones, om nog maar te zwijgen van de geestelijke gezondheidszones, die in verschillende provincies een andere samenstelling hebben. Ik hoop dat men bij de oefening ook wat dat betreft, goed op mekaar afstemt, zodat de zaken vooruitgaan, men niet met elkaar in conflict komt en men niet vastloopt in procedures. In de sector kent men zijn weg wel wanneer het over procedures gaat. Het lijkt logisch dat een ziekenhuis, als Regionaal Algemeen Ziekenhuis (RAZ), als dagziekenhuis of als intermediair ziekenhuis, samenwerkt met zijn eerstelijnspartners in zijn zone. Het is cruciaal dat dat goed op elkaar wordt afgestemd, dat daaraan aandacht wordt besteed en dat we vandaag niet in een soort stilstand terechtkomen door procedures of door de oude demonen, die vandaag in bepaalde netwerken aanwezig zijn. We moeten die overstijgen, zodat we samen evolueren naar goede zorg in de logische regio's, die in het hervormingstraject cruciaal zijn.

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

02 Actualiteitsdebat over de hittegolf en toegevoegde vragen van

- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de hitte op de zorg" (56017426C)
- Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de hitte op de zorg" (56017427C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hittebestendigheid van zorginstellingen en de continuïteit van de zorg tijdens hittegolven" (56017457C)
- Jeroen Van Lysebettens aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de hittegolf op het gezondheidszorgsysteem" (56017517C)
- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De activering van het hitteplan" (56017378C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de hittegolf op de ziekenhuizen" (56017568C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van hittegolven op de ziekenhuiszorg" (56017586C)
- Aurore Tourneur aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De impact van de hittegolf op de ziekenhuizen" (56017612C)

02 Débat d'actualité sur la canicule et questions jointes de

- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'incidence de la chaleur sur les soins" (56017426C)
- Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'incidence de la chaleur sur les soins" (56017427C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La résistance à la chaleur des établissements de soins et la continuité des soins lors des canicules" (56017457C)
- Jeroen Van Lysebettens à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pression exercée sur le système de santé en raison de la canicule" (56017517C)
- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'activation du plan canicule" (56017378C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La canicule en milieu hospitalier" (56017568C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact des canicules sur les soins en milieu hospitalier" (56017586C)
- Aurore Tourneur à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'impact de la canicule sur les hôpitaux" (56017612C)

02.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, l'ensemble des Belges a été profondément choqué par l'inaction du gouvernement à la suite de la récente vague de chaleur. Alors que nous nous trouvons actuellement entre deux vagues de chaleur, la population a souffert la semaine passée. Pourtant, ce n'est qu'aujourd'hui, au 1^{er} juillet, que se serait tenue la première réunion de nos ministres. Je ne sais pas si elle a finalement eu lieu.

Quant à vous, en tant que ministre de la Santé, à part dire qu'il faut boire de l'eau, téléphoner à ses proches et éviter les activités physiques par grande chaleur, nous n'avons pas vu beaucoup d'actions. Par contre, les soignants, eux, ont dû faire face et nous avons eu de nombreux témoignages: doublement des appels au 112 et services d'urgence débordés. L'UZ Brussel, par exemple, a vu 75 ambulances arriver en une seule journée. À Liège, des reportages ont aussi rapporté la prise en charge de pas moins de 750 patients ce week-end. Dans les services de gériatrie du Brabant wallon, de Hainaut et de Namur, tous les lits ont été occupés.

D'un côté, l'inaction du gouvernement face à l'action concrète et la résolution de tous les problèmes par les soignants, de l'autre côté, cela me rappelle une période, celle du covid. Après le covid, nous avons dit que nous ne ferions plus jamais d'économies dans les soins de santé et que nous allions honorer nos soignants. Pourtant, aujourd'hui, le même constat s'impose: Débrouillez-vous!

Il est par ailleurs apparu que plusieurs hôpitaux, mais aussi des maisons de repos ne disposaient pas de chambres climatisées, où les températures ont atteint 34 à 40 degrés. Une canicule ne peut pas

servir de test de résistance provoquant, à chaque épisode, la saturation de notre système de santé. Il faut donc agir en conséquence.

Monsieur le ministre, la concertation interministérielle a-t-elle finalement eu lieu aujourd'hui? Des mesures sont-elles arrêtées face aux fortes chaleurs qui risquent encore de survenir à moyen et long terme? Comptez-vous enfin formuler d'autres recommandations que de boire de l'eau? Disposez-vous de chiffres officiels concernant le nombre de décès imputables à la chaleur en Belgique ainsi que sur la surcharge des services d'urgence et hospitaliers? Enfin, avez-vous une idée de la problématique de la climatisation dans nos établissements de soins? On sait que de nombreux hôpitaux n'en sont pas équipés. Des mesures seront-elles prises à ce niveau?

02.02 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, de afgelopen dagen heeft de hittegolf in België, Frankrijk en vele andere Europese landen duidelijk een effect gehad, ook op ons gezondheidssysteem.

We hebben allemaal berichten gehoord. Mevrouw Merckx heeft er al een aantal genoemd. Andere zaken die mij opvielen, waren het uitstellen van operaties doordat de IT-infrastructuur uitviel en verschillende ziekenhuiskamers die inderdaad te warm waren. Wat mij het meest frappeerde, was dat het 's ochtends al 36 graden was op de kamers van de materniteitsafdeling van het Sint-Jansziekenhuis aan de Kruidtuin. Dat is volgens mij bijzonder zorgwekkend.

De FOD Volksgezondheid heeft ook een aantal cijfers gepubliceerd over het aantal oproepen en spoedinterventies. Er waren tijdens de hittegolf bijna dubbel zoveel noodoproepen en bijna dubbel zoveel spoedinterventies per dag. Daarover heb ik een aantal vragen.

Hoe beoordeelt u de capaciteit van onze Belgische spoeddiensten om die extra instroom op te vangen? Is ons gezondheidssysteem daarop voorbereid? Ik stel die vraag omdat de Brusselse brandweer op een bepaald moment heeft gezegd dat zij moest stoppen met interventies omdat haar capaciteit uitgeput was. Was dat ook het geval voor ons gezondheidssysteem?

Zijn er concrete signalen dat spoedafdelingen overbelast zijn geraakt? Zo ja, in welke regio's?

Hebt u specifieke maatregelen genomen om de coördinatie tussen spoeddiensten, woonzorgcentra en huisartsen te versterken, zodat kwetsbare groepen tijdig werden bereikt en behandeld?

Wordt overwogen om, net als in Frankrijk, extra budget vrij te maken voor klimaatadaptatie in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld voor koelsystemen in ziekenhuizen of extra personeel tijdens hittegolven?

Tot slot, uit het buitenland kennen we een aantal ingrijpende maatregelen, zoals het afgelasten van evenementen of een alcoholverbod. Overweegt u dergelijke maatregelen te koppelen aan de meest extreme weersomstandigheden om het gezondheidssysteem beter te laten functioneren en te ontlasten?

02.03 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, la Belgique a vécu pendant dix jours une vague de chaleur exceptionnelle, avant d'en subir d'autres. Et c'est d'abord le système hospitalier qui en subit le choc le plus frontal. Les chiffres communiqués par le SPF Santé publique parlent d'eux-mêmes: le vendredi 26 juin, les centrales 112 ont enregistré près de 11 800 appels en une seule journée contre 6 000 en temps normal. Les transports en ambulance ont bondi de 2 500 à plus de 4 300. Il a fallu déployer 20 ambulances supplémentaires en urgence pour absorber le choc.

Sur le terrain, le tableau est éloquent et concerne l'ensemble du pays. La vague de chaleur a saturé les services d'urgence ainsi que le numéro d'appel 112 en province de Liège, par exemple, où 22 décès auraient été enregistrés au cours d'une seule matinée, selon les centres d'appel. Au Grand Hôpital de Charleroi, les urgences ont enregistré environ 300 arrivées par jour pendant trois jours, soit six fois l'activité normale. À l'UZ Brussel, quelque 270 patients se sont présentés chaque jour aux urgences en un week-end, dont une trentaine en hyperthermie sévère avec un pronostic vital parfois engagé. À Braine-l'Alleud, le service des urgences a été submergé plusieurs heures au point de devoir demander au 112 de rediriger les patients vers d'autres hôpitaux. Idem à Nivelles, Namur, Chimay et dans bien d'autres endroits.

Face à cette situation, quelle a été la principale réponse du gouvernement? Jusqu'ici, un appel à la solidarité et à l'hydratation, des évidences déjà servies par le Centre de crise national et déjà estimées insuffisantes par de nombreux experts.

Au moment même où nous parlons, le ministre Crucke tente – tardivement, mais soit – de réunir les entités fédérées qui, avec une certaine désinvolture, l'envoient plus ou moins promener. Au sein même du gouvernement fédéral, on est en droit de se demander s'il y a une vraie prise de conscience de l'urgence! J'ai même failli tomber de ma chaise, ce matin, en entendant le ministre Clarinval qualifier l'initiative de son collègue Crucke de réunion communicationnelle et parler d'opportunisme. Je ne vous rappelle même pas le message lunaire donné par notre ministre de la Défense, qui invite chacun à affronter la canicule en profitant de sa piscine avec une bière.

La situation est grave. Collectivement, l'Arizona n'est, pour l'instant, pas à la hauteur. La première des urgences est d'ordre sanitaire, monsieur le ministre.

Dès lors, quel bilan chiffré et actualisé pouvez-vous communiquer sur la pression réellement subie par les services d'urgence et le 112? Combien d'hôpitaux ont-ils dû activer des mesures de redirection?

Comptez-vous porter au sein du kern l'initiative d'un plan national canicule à volet sanitaire? Quelles mesures de renfort de personnel soignant sont-elles prévues si un prochain épisode de chaleur devait se renouveler, ce qui arrivera tôt ou tard, et se prolonger au-delà du seuil de basculement de cinq à six jours, identifiés par les professionnels de terrain?

02.04 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, à la fin du mois de juin, la Belgique a connu un épisode de canicule particulièrement intense, mettant sous pression notre système de soins. La presse a relaté la situation dans plusieurs hôpitaux où les fortes chaleurs ont rendu les conditions d'hospitalisation particulièrement difficiles. L'exemple de l'hôpital Saint-Luc, à Woluwe-Saint-Lambert, où certaines chambres sont dépourvues de climatisation ou même de ventilateurs, illustre les difficultés rencontrées par certains établissements de soins.

Dans le même temps, le CHIREC de Braine-l'Alleud a indiqué que son service des urgences avait atteint la limite de la saturation en raison d'un afflux de patients souffrant notamment de déshydratation et de coups de chaleur. Plus largement, les centrales 112 ont enregistré un nombre exceptionnel d'appels, tandis que le gouverneur de la province de Liège a appelé la population à ne pas surcharger les hôpitaux, à la suite d'une forte hausse des interventions et d'un nombre inhabituellement élevé de signalements de décès. Ces événements nous rappellent que les épisodes de chaleur extrême constituent désormais un véritable enjeu de santé publique et interrogent également la résilience de nos infrastructures hospitalières ainsi que le niveau de préparation de notre système de santé.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'une première évaluation de l'impact de cette canicule sur les hôpitaux belges, notamment en ce qui concerne les passages aux urgences, les hospitalisations et les interventions de l'aide médicale urgente?

Une analyse de la surmortalité potentiellement liée à cette vague de chaleur est-elle en cours avec Sciensano? Quand ces résultats seront-ils disponibles? Le Plan national Chaleur et Ozone fera-t-il l'objet d'une évaluation à la suite de cet épisode? Quels premiers enseignements en tirez-vous?

Disposez-vous d'un état des lieux des infrastructures hospitalières qui ne permettent pas de garantir des conditions thermiques acceptables lors des épisodes de forte chaleur? Enfin, envisagez-vous de soutenir financièrement les hôpitaux afin d'améliorer leur adaptation aux épisodes de chaleur extrême, notamment en matière de rafraîchissement des bâtiments accueillant les patients les plus vulnérables?

02.05 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, "gardez les fenêtres et les tentures fermées, buvez de l'eau, mangez léger, évitez les efforts et restez solidaire!" Voilà le message de BE-Alert que nous avons reçu en province de Liège. En vérité, il était différent selon que l'on vive dans le Brabant wallon, à Namur ou encore à Bruxelles, avec une variante relative au port du chapeau ou quant au fait de ne pas pratiquer d'activités physiques.

Dans un pays de 11 millions d'habitants, il est quand même préoccupant de recevoir une réponse aussi

éparse face à un phénomène quand même assez homogène. Je pense que les soignants ne me contrediront pas. Ces consignes entérinent clairement le règne de la débrouille et de la responsabilité individuelle devant un phénomène qui nécessite des réponses politiques. Du reste, comme un urgentiste le disait: "Nous avons l'impression que c'est un peu le règne de la débrouille. On mise sur la responsabilité de chacun, mais je ne suis pas sûr qu'on ait suffisamment anticipé une aggravation soudaine de la situation", témoignait-il dans la presse ce week-end.

Cet épisode montre aussi à quel point nos infrastructures hospitalières ne sont absolument pas adaptées aux fortes chaleurs. Une infirmière en colère m'écrivait ce week-end: "Lors de chaque épisode de canicule, nos établissements de soins deviennent des lieux où la chaleur aggrave la souffrance, au lieu de permettre le soin, le repos et la dignité." Dans certaines chambres, les températures deviennent insoutenable. C'est, par exemple, le cas à l'hôpital des Bruyères à Liège. Les personnes âgées et les patients fragiles n'ont souvent aucun moyen de se protéger, et les équipes font ce qu'elles peuvent pour soulager les patients, mais rien ne remplacera des infrastructures adaptées.

Les équipes, elles aussi, sont sursollicitées, elles travaillent dans une chaleur écrasante au prix d'une fatigue considérable, avec la crainte permanente de ne pas pouvoir offrir les conditions de soins aux patients qui en ont pourtant besoin. Par ailleurs, nous avons vu à quel point nos services de secours et nos urgences ont été submergés.

On parle également de consignes qui ne sont pas tellement adaptées à la situation. Ainsi, quand on recommande de prendre soin de ses proches, que faire à partir du moment où une grande partie de la population vit seule, voire est totalement isolée, sans réseau proche? Je rappelle que 30 % de la population vit seule. Dès lors, que fait-on de ces personnes? Qui va véritablement en prendre soin, si l'État ne prend aucune mesure? En outre, plusieurs publics vulnérables n'ont pas le réflexe de la soif. C'est aussi un élément qui revenait ce week-end. Plutôt que de dire: "Buvez de l'eau!", il faudrait donner comme consigne: "Installez une alarme pour vous rappeler de boire de l'eau". Ce serait un conseil plus cohérent pour ces personnes. En effet, celles qui ont le réflexe de la soif boiront de l'eau, mais pas celles qui sont dépourvues de ce réflexe. Ce sont des mesures qui sont prises à la légère au regard des réalités du terrain.

Monsieur le ministre, quel bilan tirez-vous de l'impact de ces deux épisodes de chaleur que nous avons déjà vécus au 1^{er} juillet dans nos services d'urgence? Quelles actions allez-vous déployer? Quelles adaptations des hôpitaux seront-elles décidées pour qu'ils se montrent davantage à la hauteur face à ces épisodes qui vont se répéter? Plus globalement, avez-vous un calendrier des actions à court, moyen et long termes?

02.06 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, pour rappeler ce qui vient d'être dit, notre pays vient de traverser une vague de chaleur exceptionnelle puisqu'on a enregistré, même sur 12 jours, quatre records de température.

Nous avons connu des températures approchant les 39°C. Il ne faut pas être un éminent scientifique pour comprendre que le refroidissement du corps, qui est à 37°C, est extrêmement compliqué et donc touche les plus vulnérables de notre société. Cette vague de chaleur a placé sous tension de nombreux secteurs, le service des urgences, les hôpitaux, les maisons de repos, les médecins généralistes, les ambulanciers, les écoles, les crèches, mais aussi les travailleurs exerçant leur activité à l'extérieur.

À l'heure actuelle, on ne dispose pas encore des chiffres officiels de mortalité et il faudra sans doute plusieurs semaines avant de mesurer précisément l'impact sanitaire de cet épisode. Mais plusieurs indicateurs sont déjà partiellement préoccupants. Les entreprises de pompes funèbres ont enregistré une augmentation de leur activité pendant les jours les plus chauds.

En France, les premières estimations invoquent déjà plus d'un millier de décès liés à cette vague de chaleur. L'Organisation mondiale de la Santé rappelle d'ailleurs que les vagues de chaleur constituent, aujourd'hui, la catastrophe climatique la plus meurtrière en Europe. L'histoire aussi nous rappelle malheureusement les conséquences dramatiques de ces phénomènes. Lors de la canicule de 2003, c'est près de 70 000 décès supplémentaires qui avaient été recensés en Europe.

Ces épisodes révèlent également de profondes inégalités sociales. Les premières victimes sont toujours les mêmes, les personnes âgées, les jeunes enfants, les personnes souffrant de maladies

chroniques, les personnes isolées, les habitants des quartiers les plus urbanisés et les travailleurs exposés aux fortes chaleurs. Autrement dit, la chaleur est également un marqueur d'inégalités sanitaires.

Monsieur le ministre, je souhaite également exprimer ma déception quant au manque de visibilité de la coordination fédérale durant ces crises. Le 23 juin, le Risk Management Group a activé la phase d'alerte du plan national forte chaleur et pic d'ozone. Le risque sanitaire était donc officiellement reconnu. Pourtant, la population a eu le sentiment qu'aucune véritable coordination nationale n'était engagée. Mais lorsqu'une crise sanitaire touche simultanément l'ensemble du territoire, une voie nationale est indispensable.

Je regrette aussi et profondément qu'un message émanant d'un ministre du gouvernement fédéral ait au contraire contribué à banaliser cette crise sanitaire. Inviter la population à profiter du beau temps, à boire une bière fraîche, à se rendre à la piscine ou préparer un barbecue, alors que notre pays traversait une vague de chaleur exceptionnelle, constitue à mes yeux un comportement irresponsable de la part d'un membre du gouvernement fédéral.

Pendant que les médecins, les services des urgences, les hôpitaux, les maisons de repos et les bourgmestres multipliaient les messages de prévention et tentaient de protéger les personnes les plus vulnérables, ce type de communication envoyait un signal totalement contradictoire à la population.

Monsieur le ministre, de l'autre côté de l'Atlantique, un président affirme qu'il existe un lien entre le paracétamol et l'autisme. Et son ministre de la Santé conseille même à sa population à ne pas se faire vacciner contre la rougeole. Ce genre de déclaration de personnes politiques est extrêmement dangereuse pour la population. En période de crise sanitaire, chaque parole publique compte. Elle doit être cohérente, responsable et exemplaire. Les citoyens attendent des autorités qu'elles donnent le bon exemple et qu'elles renforcent les messages de prévention et non qu'elles contribuent à minimiser la portée.

Monsieur le ministre, j'ai quatre questions. La première, quel premier bilan sanitaire tirez-vous de cette vague de chaleur? Disposez-vous déjà de données concernant les admissions hospitalières, les passages aux urgences, les interventions des services de secours ou la surmortalité observée?

Deux, pourquoi la phase fédérale de gestion de crise n'a-t-elle pas été activée alors que des températures proches de 39 degrés étaient annoncées durant plusieurs jours et que le Risk Management Group avait activé le plan national forte chaleur et pic d'ozone?

Trois, quels sont précisément les critères qui permettent au Centre national de crise de décider ou non du déclenchement d'une phase fédérale de gestion de crise? Qui prend finalement cette décision et quel est exactement le rôle du premier ministre dans cette coordination?

Enfin, au regard des projections climatiques et de la probabilité que notre pays connaisse d'autres épisodes similaires dès cet été, êtes-vous prêt à considérer les vagues de chaleur comme un véritable risque sanitaire majeur nécessitant une préparation nationale comparable à celle mise en œuvre pour d'autres crises de santé publique?

02.07 Julie Taton (MR): Je ne vais pas répéter les points que mes collègues ont déjà abordés. Suite à la vague de chaleur, le Risk Management Group a déclenché la phase d'alerte fédérale du plan national forte chaleur et pics d'ozone. Pendant cette phase, le SPF Santé publique est chargé de coordonner les mesures nécessaires pour limiter les impacts sur la santé de la population.

Quelles mesures concrètes le Risk Management Group a-t-il prises durant cette phase d'alerte? Quelle communication a-t-elle été mise en place à destination des publics les plus vulnérables ainsi que des acteurs de première ligne – médecins généralistes, maisons de repos, infirmiers à domicile, écoles et crèches? Quelles recommandations leur ont été transmises afin de prévenir une saturation des services d'urgence? Par ailleurs, une communication spécifique sur les gestes à adopter en cas de coup de chaleur ou d'hyperthermie a-t-elle été diffusée? Comment la coordination avec les communautés a-t-elle été assurée, notamment en matière de prévention et d'organisation de la première ligne? Enfin, des mesures spécifiques ont-elles été prises à l'occasion des événements organisés en extérieur, ainsi que pour renforcer les capacités des services d'urgence des hôpitaux? Un dispositif particulier a-t-il été

activé à cette fin?

02.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik ben tevreden dat we zeer snel dit actualiteitsdebat kunnen hebben. Dat is belangrijk, want dit zal niet de laatste hittegolf zijn waarmee we te maken krijgen. Laat mij duidelijk zijn, de hitte van de voorbije dagen was ernstig. Die hitte signaleert een groeiende klimaatcrisis, maar ook een sociale kwestie. Ze treft mensen zeer ongelijk. Oudere mensen, mensen met een chronische ziekte, mensen die alleen wonen, mensen in een slechte behuizing, kwetsbare mensen en sociaal kwetsbare mensen zijn daarvan nog veel meer het slachtoffer dan de bevolking in het algemeen. Ze worden dubbel zo hard getroffen. Er is dus ook een sociale kwestie en nood aan een solidair antwoord.

Tegelijkertijd signaleert deze hittegolf dat we moeten blijven investeren in onze gezondheidszorg, in de dringende geneeskundige hulpverlening, maar ook in de voorzieningen die worden georganiseerd door Binnenlandse Zaken, zoals de dienst 112. We moeten tevens investeren in ons sociaal weefsel en in solidariteit.

Ik vind dat we snel lessen moeten trekken. Ik heb de Risk Management Group gevraagd morgen bijeen te komen om na te denken over de lessen die we hieruit trekken en eventueel aanbevelingen te formuleren voor een volgende hittegolf. Ik heb ook al gevraagd aan mijn collega-ministers van Volksgezondheid om spoedig te vergaderen in de interministeriële conferentie Volksgezondheid op basis van het verslag van de Risk Management Group, om te bekijken hoe we een volgende hittegolf zo goed mogelijk kunnen voorbereiden.

Ik wil bij deze gelegenheid ook zeer oprecht alle zorgverleners op het terrein danken, de mensen bij de hulpdiensten, de mensen op de spoeddiensten van de ziekenhuizen, de mensen in de ziekenhuizen en de huisartsen die werden gemobiliseerd. Ik dank hen voor het feit dat men in een context van hoge druk andermaal het beste van zichzelf heeft gegeven. Er is geen twijfel, deze hittegolf heeft belangrijke stress gecreëerd voor de ziekenhuizen en voor de gezondheidszorg.

Ik zal straks iets meer zeggen over wat we hebben gezien qua druk op de capaciteit van de spoeddiensten en de ziekenhuizen. Dat is eerlijk gezegd genuanceerd. Het is niet zo dat de capaciteit van onze ziekenhuizen het heeft begeven, gelukkig niet. We hebben wel in een aantal ziekenhuizen moeilijkheden gezien. Zaterdag zaten we aan de limieten. Gelukkig was de capaciteit van ons systeem globaal genomen in staat om deze crisis het hoofd te bieden.

Dat onderstreept tegelijkertijd dat we moeten blijven investeren in de gezondheidszorg. Ik kom straks nog op een aantal kritische punten terug.

U vraagt, collega's, terecht naar cijfers over de oversterfte. Die heb ik vandaag nog niet. Ik verwacht morgen de eerste gedeeltelijke cijfers ter beschikking te hebben voor de Risk Management Group (RMG), maar ik zal die ook onmiddellijk publiek maken, ook al zullen het partiële cijfers zijn en moeten we voorzichtig zijn met conclusies. Volgende week verwacht ik algemenere cijfers over de oversterfte en zal ik die ook meteen publiek maken.

De verwachting is dat er een betekenisvolle impact zal zijn op de oversterfte. Dat weten we uit het verleden en dat is ook wat we op het terrein horen. Over de omvang daarvan kan ik vandaag nog geen cijfermatige uitspraak doen. Vermoedelijk zal ik morgen gedeeltelijke cijfers hebben. Zodra ik daarover beschik, zal ik ze publiek bekendmaken.

Ik wil een bepaald beeld corrigeren. Er is gezegd dat men mij alleen maar heeft horen zeggen dat mensen voldoende water moeten drinken. Natuurlijk moest ik dat zeggen. Dat moest absoluut worden gezegd, net zoals absoluut moest worden gezegd dat men oog moet hebben voor kwetsbare mensen in zijn omgeving, voor oudere mensen. Mevrouw Merckx, als u denkt dat ik alleen maar af en toe een interview geef en vervolgens in mijn zetel ga zitten, dan is dat toch een vreemd beeld.

De leidende ambtenaren van de FOD Volksgezondheid en de verantwoordelijken voor de dringende geneeskundige hulpverlening, net als de inspecteurs Volksgezondheid op het terrein, zijn voortdurend in de weer geweest. Ik heb samen met de verantwoordelijke ambtenaren uur na uur opgevolgd wat er gebeurde. Er is extra ambulancecapaciteit ingezet wanneer dat nodig was. We hebben voortdurend overleg gehad met de ziekenhuizen om de vinger aan de pols te houden op het terrein en om na te

gaan wat nodig was. Vanuit onze bevoegdheid Volksgezondheid hebben we ook het Nationaal Crisiscentrum (NCCN) voortdurend gevoed met informatie en mee gemobiliseerd.

Dat brengt mij bij de aanpak. Ik durf zeggen, collega's, dat er goed is gecoördineerd over de verschillende bevoegdheidsniveaus heen en dat dat op een zeer professionele manier is gebeurd. De samenwerking met de deelstaten was ook zeer goed.

U weet dat het allereerste bevoegde orgaan de Risk Assessment Group is. De RAG heeft geoordeeld over de risico's. De Risk Management Group heeft vervolgens bepaald – dat was vorige week maandag – dat het gepast was om een alarmfase uit te roepen. In de Risk Management Group zitten ook vertegenwoordigers van de deelstaten. We werken op dat niveau voortdurend met de deelstaten samen. Ik kan toch wel zeggen dat de paraatheid sinds de covidcrisis beter is. De samenwerking is beter geroedeerd, men komt goed overeen en men werkt echt zeer fideel samen.

De Risk Management Group heeft vervolgens het Nationaal Crisiscentrum gevraagd om te vergaderen. Het Nationaal Crisiscentrum heeft dan dinsdag bevestigd dat er een federale alarmfase was en heeft besproken wat er moest gebeuren.

Et donc, des messages de sensibilisation et de promotion de bonnes pratiques ont été diffusés au sein du secteur de la santé – auprès des généralistes, des hôpitaux, des collectivités, des maisons de repos et de soins – et à la population générale. Et, évidemment, ces messages portaient notamment sur la nécessité de bien s'hydrater, la prudence lors de la pratique sportive, l'attention à la consommation de boissons alcoolisées, le fait de prendre soin de ses proches et des personnes vivant seules, ainsi que la distribution d'eau et l'accès à des zones d'ombre.

En outre, plusieurs réunions du Centre national de crise ont eu lieu à la demande de mes fonctionnaires et du Risk Management Group, qui a donc pleinement joué son rôle dans le cadre de ses compétences.

Een nationale fase, dus een nationaal noodplan, is de verantwoordelijkheid van de minister van Binnenlandse Zaken. Provinciale noodplannen, eventueel binnen een federale fase, zijn de verantwoordelijkheid van de provinciegouverneurs en Binnenlandse Zaken.

Een dergelijk noodplan is niet uitgeroepen, maar ik kan u wel zeggen dat we vanuit Volksgezondheid het Nationaal Crisiscentrum voortdurend gevoed hebben met de nodige informatie, dat we er goed mee samengewerkt hebben, dat we ook de gouverneurs voortdurend geïnformeerd hebben en de gouverneurs rechtstreeks gesensibiliseerd hebben voor de situatie en voor de nood om op te treden.

Ik ben het helemaal eens met degenen die zeggen dat individuele acties niet volstaan. Hier is nood aan actie door lokale besturen en door provinciegouverneurs. Hier is nood aan solidariteit en sociaal weefsel.

Ik heb daarover deze ochtend ook nog even gesproken met de leiding van de mutualiteiten, die mooie initiatieven hebben genomen. Zo zijn de ziekenfondsen in Brussel en Wallonië ook op het terrein aanwezig met mensen die instaan voor preventie. Die hebben ook hun rol gespeeld. Ik verwijs bijvoorbeeld naar een zeer mooi initiatief van Solidaris en, ook in Vlaanderen: de belvrijwilligers. Dat zijn mensen die telefoneren naar alleenstaanden. Ik vind dat een zeer mooi sociaal initiatief. De ziekenfondsen hebben daarin ook hun rol te spelen. Ik roep overigens de ziekenfondsen en ook andere sociale organisaties op om in de toekomst nog meer dergelijke initiatieven te nemen.

Als ik verder kijk dan mijn federale bevoegdheden, dan moet volgens mij ook worden nagedacht over sociale ruimte, speelpleinen, huisvesting, renovatie van woningen, infrastructuur en infrastructuur van woon-zorgcentra. Ik treed daarmee weliswaar buiten mijn bevoegdheden, maar het is duidelijk dat een hittegolf en de groeiende klimaatcrisis oplossingen en aanpassingen vragen, in solidariteit en collectief. Dat is wat er moet gebeuren.

Laat me evenwel terugkeren naar mijn bevoegdheden. We hebben ter zake, denk ik, wel degelijk gedaan wat we moesten doen.

De infrastructuur van ziekenhuizen is een regionale bevoegdheid geworden. Ik kan daar dus moeilijk op antwoorden. De vraag rijst inderdaad welke aanpassingen nog nodig zijn aan de infrastructuur van

de ziekenhuizen en welke investeringen in de toekomst moeten gebeuren.

Ik sta mijzelf toe, omdat ik niets uit de weg wil gaan, te komen tot wat volgens mij eigenlijk het meest kritieke punt was.

We hebben de voorbije jaren enorm geïnvesteerd in de dringende geneeskundige hulpverlening, maar dat hebben we binnen mijn bevoegdheden gedaan op het vlak van de ambulancediensten, waarin we enorm geïnvesteerd hebben. Waar echt bijkomende inspanningen nodig zijn, is in onze oproepcentrales, de noodcentrales 112. Dat is een bevoegdheid van Binnenlandse Zaken. Ik denk dat we daar als federale regering echt meer op moeten inzetten.

Ik dring er zelf al enkele jaren op aan dat extra middelen worden ingezet en dat de extra middelen voor de noodcentrales ook effectief worden omgezet in bijkomende aanwervingen van personeel voor de 112.

Eerlijk gezegd, de druk op de 112 was inderdaad enorm. Die cijfers heb ik zelf gepubliceerd, en met reden. We hebben wel degelijk gezien dat de wachttijden toenamen. Laat mij één cijfer geven. Tijdens het weekend van 13 en 14 juni, dus twee weken geleden, een gewoon weekend, bedroeg bij de 112 per uur de maximale gemiddelde wachttijd 38 seconden. Dat maximum werd in dat bewuste weekend op zaterdag tussen 10.00 en 11.00 uur gemeten. Tijdens het voorbije weekend, het weekend van de hittegolf, op 27 en 28 juni, bedroeg de maximale gemiddelde wachttijd 600 seconden, dus tien minuten. Dat was zaterdag tussen 12.00 en 13.00 uur. Dat is veel te lang. Sta me toe om aan de hand van die cijfers samen met u vast te stellen dat dit niet kan. Dat is veel te lang.

Hoe komt dat? Dat is hier al gezegd en ik heb die cijfers overigens zelf gepubliceerd. Er was een zeer sterke toename van het aantal oproepen naar de 112, terwijl de feitelijke bezetting van de noodcentrales niet hoger was dan normaal, zelfs iets lager. Ondanks het feit dat er een goedbedoelde oproep werd gedaan aan vrijwilligers om de noodcentrales te komen versterken, heeft die oproep geen effect gehad.

Ik trek daar dan ook een conclusie uit. We moeten niet alleen de basiscapaciteit van de 112 versterken. Dat is een pleidooi dat ik al enkele jaren houd en dat ik samen met mijn collega van Binnenlandse Zaken moet opnemen.

We moeten in dergelijke omstandigheden in de toekomst misschien wel iets meer doen dan louter vrijwilligers oproepen. Dat betekent inderdaad dat we eventueel personeel moeten opvorderen. Dat veronderstelt natuurlijk wel dat er een federale fase of een provinciale fase wordt afgekondigd.

Ik vind dat we dat kritieke punt, dat zwakke punt in ons dispositief, namelijk het functioneren van de dienst 112, moeten meenemen. Daarachter zit inderdaad een basisprobleem.

Kortom, de voorbije dagen waren zwaar voor de operatoren van de dienst 112, zwaar voor de ambulancediensten, zwaar voor de zorg.

Je crois quand même que la réalité dans les hôpitaux a été nuancée.

Vous savez que les services d'urgence reconnus sont et doivent être disponibles 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour prendre en charge les demandes de soins urgents non programmés. Ils sont équipés pour gérer les fluctuations de la demande de soins et disposent de systèmes de triage validés, ainsi que de procédures organisationnelles internes permettant de prioriser la prise en charge des patients en fonction de la gravité de leur état. En outre, lors de pics de demandes de soins, comme lors d'épisodes de conditions météorologiques extrêmes, les hôpitaux peuvent prendre des mesures d'augmentation des capacités internes, conformément à leur plan d'urgence hospitalier. Ainsi, la continuité des soins urgents est assurée au maximum.

Lorsque la capacité hospitalière risque d'être dépassée, l'hôpital doit activer son plan d'urgence. Cela permet la mise en œuvre de mesures coordonnées, comme la mobilisation du personnel, la suspension temporaire des appels au numéro 112 ou le redéploiement des patients. Il s'agit là de possibilités disponibles.

Lors de la récente vague de chaleur, ces mesures ont été appliquées exceptionnellement et localement.

Aucune conclusion générale ne peut être tirée concernant une région spécifique. La pression accrue et temporaire observée dans un nombre – heureusement – limité d'hôpitaux était de nature locale et multifactorielle, et variait d'un hôpital à l'autre. Dans la plupart des hôpitaux, aucune augmentation significative concrète n'a été constatée. La situation a été surveillée en continu par l'Inspection fédérale de la Santé.

Ainsi, une saturation temporaire a été signalée samedi aux urgences des hôpitaux de Marche-en-Famenne et d'Arlon. Le service des urgences de Braine-l'Alleud a également signalé une saturation vers 15 h samedi. Pendant trois heures, les patients du 112 ont été temporairement transférés vers des hôpitaux voisins. Ou encore lundi, l'hôpital AZ Vesalius de Tongres a activé son plan d'urgence hospitalière en raison d'une forte demande d'admission. Des mesures internes ont été prises en conséquence, sans incidence sur la disponibilité du service des urgences pour les soins urgents. Enfin, une pré-alerte de plan d'intervention médicale a été émise dans un centre de soins résidentiels à Boom, incitant l'Inspection de l'hygiène d'Anvers à se rendre sur place pour la coordination opérationnelle.

Er was dus stress. Er was heel veel werk en stress voor spoedartsen, spoeddiensten, ziekenhuizen, geriatrische diensten, de 112 en huisartsen.

Alles bij elkaar genomen, op macroniveau bekeken, heeft ons ziekenhuissysteem dat kunnen opvangen. Dat betekent natuurlijk wel dat we daarin moeten blijven investeren en dat we lessen moeten trekken om maximaal preventief op te treden. Dokter Philippe Devos heeft in *Le Soir* iets heel wijs aangegeven. Wanneer een oudere alleenwonende patiënt op de spoeddienst van een ziekenhuis aankomt, is het eigenlijk al te laat. Dat moet worden voorkomen door sociaal weefsel, door sociale actie, door betere huisvesting en door minder isolement. Dat is de sociale kwestie. Tegelijkertijd moeten we ervoor zorgen dat onze diensten goed functioneren.

Daarom heb ik aan de Risk Management Group, waarin ook de deelstaten zijn vertegenwoordigd, gevraagd om morgen een evaluatie uit te voeren. Als er cijfers komen, maak ik ze publiek. Dat is belangrijk. Ik heb ook aan mijn collega-ministers van Volksgezondheid gevraagd om samen te zitten en lessen te trekken.

Er werd ook een vraag gesteld over noodplannen. Ziekenhuizen moeten over een goedgekeurd ziekenhuisnoodplan beschikken. Ze moeten een proactieve aanpak hanteren, risico's identificeren en analyses uitvoeren. Hitte en hittegolven zijn relevante risico's die vooraf proactief moeten worden ingeschat. Ziekenhuizen moeten uiteraard reageren in functie van de waarschuwingen die ze krijgen van het KMI, de RMG en andere.

De goedkeuring van een ziekenhuisnoodplan valt onder de bevoegdheid van de deelstaten binnen het ziekenhuisbeleid. De inhoud van het plan moet dan ook worden verduidelijkt en omkaderd in de wetgeving van de deelstaten.

Om een geharmoniseerde aanpak tussen de verschillende bevoegde entiteiten te waarborgen, heeft de FOD Volksgezondheid evenwel een interfederale werkgroep opgericht. De nieuwe regelgeving die uit die interfederale werkzaamheden voortvloeit, wordt momenteel ter goedkeuring voorgelegd aan de verschillende regionale parlementen. Daar werken we dus samen aan, hoewel het in essentie een deelstaatbevoegdheid betreft.

Infrastructuur is een deelstaatbevoegdheid. Er zijn ook problemen geweest met de oververhitting van servers die in Parijs stonden. Dat ligt natuurlijk ver buiten onze landsgrenzen, maar dat is ook iets waarop een ziekenhuisnoodplan voorbereid moet zijn.

Wanneer het gaat over de personeelsinzet kan ik een brugje leggen met het voorgaande debat. Dit creëert stress voor het personeel, reden te meer waarom we zorgvuldig moeten omgaan met het personeel in het algemeen, en waarom we moeten blijven investeren in ons personeel.

Nu kom ik tot de coördinatie. Ik durf te zeggen dat de loutere coördinatie binnen de gezondheidspijler met de deelstaten goed verlopen is. Wat goed loopt, moeten we ook zeggen. Ik heb ook kritische punten aangeduid. Ik heb ook verantwoordelijkheden aangeduid. Ik wil vooral lessen leren.

Dit zal niet de laatste hittegolf zijn. We zitten in een klimaatcrisis, die ook een sociale crisis is en die

veronderstelt dat we investeren in gezondheidszorg, maar ook in het sociale weefsel, in solidariteit, in sociale organisaties en in lokale besturen.

02.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Merci pour vos réponses, monsieur le ministre. Nous constatons effectivement que nous n'avons pas les chiffres en temps réel en Belgique. Cela a aussi été un souci pendant le covid, qui avait été résolu à un certain moment. À ce niveau-là, nous sommes quand même fort en retard pour suivre les choses en temps réel.

En ce qui concerne la saturation des hôpitaux, qui a quand même été atteinte, vous avez effectivement donné quelques noms; mais ce serait quand même mieux si nous pouvions avoir ces chiffres en temps réel, de manière publique.

Vous dites qu'il faut d'un côté prendre des mesures et de l'autre côté investir dans le tissu social. J'entends bien, et je suis d'accord avec cela, bien sûr, parce que c'est aussi un problème social que de faire face à la vague de chaleur.

Mais j'ai envie de dire que toutes les économies que ce gouvernement est en train de faire aujourd'hui augmentent la fracture sociale – que ce soient les exclusions du chômage, que ce soit la pauvreté qui est en train d'augmenter, que ce soient les économies annoncées. Par exemple, nous venons de discuter, au point précédent, de la fermeture des services d'urgence. C'est ce que vous êtes en train de faire, alors qu'on voit à quel point il est important pour les personnes âgées d'avoir des services d'urgence près de chez eux.

Je n'entends pas non plus de réaction de votre part, monsieur le ministre, sur le fait que les ministres belges se sont réunis seulement aujourd'hui. M. Coppieters a été plus courageux. Il a vraiment dénoncé l'inaction de notre premier ministre. Vous, vous n'avez rien dit là-dessus. Vous avez un peu l'air de dire: "Moi, j'ai tout bien fait" – sauf au ministère des Affaires intérieures. Le temps d'appel pour le 112 est scandaleusement long. Entendre que les gens ont dû attendre plus de 10 minutes avant d'avoir une réponse en cas d'urgence, ce n'est pas digne d'un pays civilisé.

Dernièrement, vous saluez les initiatives des mutuelles, par exemple, de téléphoner aux personnes isolées. Mais j'ai envie de dire, monsieur le ministre, que ce qui fait vraiment défaut dans notre pays, c'est une vision de la santé publique et une vision sur la prévention. Nous avons vu ce défaut pendant le covid et aujourd'hui, nous voyons que nous n'avons rien appris et que nous n'avons rien mis en place.

Rappelez-vous, pendant le covid, il fallait téléphoner aux gens qui étaient potentiellement infectés, qui avaient eu des contacts. Aujourd'hui, il faudra téléphoner à toutes les personnes d'un certain âge. Quel service dans notre pays fait cela? Quelle structure locale fait ça? Rien.

Il y a effectivement les mutuelles et des centres de santé de bonne volonté qui s'organisent pour le faire, mais il n'y a rien de structurel. C'est un vrai problème. C'est une leçon que nous n'avons pas apprise du covid. Tout recommence, comme nous n'avons rien appris. C'est vraiment très grave pour un pays comme le nôtre.

02.10 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. U vermeldt terecht een aantal zaken. Door de klimaatcrisis zullen er alsmaar meer hittegolven voorkomen. Het is niet alleen een operationeel-technisch probleem, maar ook een sociaal probleem. Daarmee ben ik het eens. We zullen veel adaptieve en preventieve maatregelen moeten nemen. De meeste daarvan behoren niet tot uw bevoegdheid. Ook daar ben ik het mee eens.

Wat mij echter bijzonder ontgoocht, is dat u in alle talen zwijgt over wat wel tot uw bevoegdheid behoort. Wat heeft deze regering gedaan? Ze heeft vergaderd. Wat zal deze regering doen? Ze zal nog meer vergaderen. Concrete acties ontbreken. Ik heb u nochtans gevraagd of u acties overweegt om in extreme situaties de capaciteit van de spoeddiensten te vrijwaren. In Frankrijk heeft men een algemeen alcoholverbod ingevoerd. In Nederland betekent code rood dat openbare evenementen worden afgelast. Ik zeg niet dat we dat moeten doen, maar het zijn wel maatregelen die we moeten overwegen en die we, gelet op de urgentie van de situatie, vanuit de federale coördinatie moeten kunnen opleggen. Daarover zwijgt u in alle talen.

Men zal vergaderen en samenzitten. Ik kan dan alleen maar hopen dat dat resultaten zal opleveren. Eén ding weet ik zeker, dit is niet de laatste hittegolf. Er zullen er nog volgen. Alle voorspellingen geven aan dat ze alsmaar intenser zullen zijn, langer zullen duren en meer hittestress zullen veroorzaken bij de bevolking en dus ook bij ons gezondheidssysteem. U hebt zelf gezegd dat we tijdens het weekend de limieten van onze capaciteit hadden bereikt. Het zal niet lang duren voor we die overschrijden als we geen andere acties ondernemen.

02.11 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre longue réponse.

Nous ne disposons pas encore d'une vue d'ensemble de ce qui vient de se passer. Nous n'avons pas encore tous les chiffres. J'entends que vous lancez une série d'initiatives, notamment avec le RMG et la CIM Santé. Selon moi, cela démontre que vous prenez ces épisodes de canicule au sérieux. Je ne reviendrai pas point par point sur les différents défis que vous avez évoqués, notamment le renforcement des capacités du centre 112, qui me paraît en effet fondamental.

Je souhaiterais toutefois réagir en me référant à l'interview accordée ce matin par Christine Mahy à *La Libre Belgique*. Elle y fustigeait assez violemment la désinvolture du gouvernement face à cette canicule. Je dois dire que je partage plutôt la colère qu'elle a exprimée. Une canicule d'une telle sévérité peut évidemment toucher tout le monde. Nous le savons et nous le constatons. Néanmoins, comme vous l'avez d'ailleurs rappelé vous-même, monsieur le ministre, puisqu'il s'agit aussi d'une crise sociale, les conséquences sont plus graves pour les plus fragiles, pour les personnes âgées, pour les jeunes enfants, ainsi que pour celles et ceux qui vivent dans des logements inadaptés à ce type de chaleur. Il existe donc une forme de violence symbolique lorsque, face à cette vulnérabilité – souvent aggravée par les réformes de ce gouvernement Arizona –, certains discours donnent le sentiment que chacun n'aurait qu'à profiter de sa piscine avec une bière. Je dirais même que les messages BE-Alert invitant à boire de l'eau après plusieurs jours de canicule peuvent parfois sembler, au mieux, déconnectés de la réalité et, au pire, extrêmement violents.

Vous n'êtes évidemment pas responsable de tous les propos tenus par certains de vos collègues du gouvernement, et ce n'est pas ce que je veux dire. En tout cas, une partie de la population éprouve un sentiment de colère devant cette inaction et le sourire en coin de certains qui se disent que tout cela va vite passer.

Plusieurs experts nous ont indiqué, du reste, que cet été pourrait bien être considéré, dans quelques décennies, comme l'un des moins chauds que connaîtrons. Nous sommes confrontés à une crise climatique qui engendre également une crise sociale, accompagnée d'inégalités aggravées. Nous devons donc nous préparer à être plus résilients et à aborder ces phénomènes avec moins de désinvolture. J'espère dès lors que votre réponse augure d'une prise au sérieux de cette problématique.

02.12 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, merci pour vos propos. Nous entendons votre volontarisme. Mais admettez qu'il est incroyable – et quand même révoltant pour toutes les personnes qui travaillent dans le milieu des soins de santé et dans le secteur hospitalier – de devoir à chaque fois en arriver à des crises pareilles et à des saturations des urgences pour qu'on se dise que la question du réinvestissement dans les soins de santé devrait quand même être une priorité.

J' imagine que vous comptez amener cet élément dans les négociations budgétaires qui vont s'intensifier dans les jours prochains. C'est une bonne chose. Maintenant, permettez-moi de douter de la réceptivité de vos collègues de majorité. Sur l'attitude du ministre Francken, nous n'en attendons pas moins. L'indécence est sa marque de fabrique. Mais le premier ministre devrait être le visage de la gestion de crise aujourd'hui. Il devrait prendre les choses en main et donner des directions claires pour que cela puisse, en cascade, découler à tous les niveaux de pouvoir, jusqu'aux provinces et jusqu'aux communes. Nous sommes tous logés à la même enseigne. Pourquoi y a-t-il une telle disparité dans les consignes? Cela n'a pas de sens. Nous avons besoin d'un pilote dans la gestion de cette crise, et il faut constater qu'il n'y en a pas.

Deuxième élément, cette crise est en effet un révélateur et un amplificateur des inégalités, dans un pays où, en ce moment même, les réformes mises en place visent à affaiblir encore des populations entières. Les générations futures vont se retrouver dans de plus grandes difficultés, tandis que d'autres sont toujours plus riches.

Nous pouvons également constater que la richesse, dans un certain nombre de cas, va avec l'aggravation de la crise climatique. C'est aussi un paradoxe face auquel nous sommes, parce que quand on laisse des personnes posséder des millions, voire des milliards, ces personnes vont avoir un mode de vie davantage destructeur de notre planète.

Vous nous parlez de solidarité, de prendre soin les uns des autres, alors que votre collègue, la ministre Van Bossuyt, renforce encore le statut de cohabitant et fait en sorte que les gens puissent de moins en moins être solidaires et, par exemple, vivre sous un même toit pour prendre soin les uns des autres. Les mesures mises en place actuellement visent à casser les solidarités. Il faut que vous vous en rendiez compte.

L'organisation du marché du travail est complètement hors-sol par rapport aux réalités de la crise actuelle. Votre collègue M. Clarinval veut faire travailler les gens toujours plus aux horaires qui arrangent le patron, alors que les conditions climatiques empêchent de travailler, ou bien alors que les écoles ferment et que les parents ne savent pas quoi faire de leurs enfants, alors qu'ils ont un boulot principal et même parfois un flexi-job.

Les réformes structurelles qui sont mises en place aujourd'hui par votre gouvernement sont en décalage total avec les réalités climatiques auxquelles nous faisons et allons faire face, mais également avec les réponses à apporter aux besoins structurels en lien avec le défi climatique qui se dresse devant nous.

Je vous remercie pour votre volontarisme, mais j'espère que vous arriverez à convaincre vos collègues. Ce n'est pas gagné.

02.13 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci monsieur le ministre pour l'ensemble de vos réponses. J'ai bien compris que vous preniez en considération toutes les remarques qu'on vous avait faites. Je suis sûr que vous êtes convaincu que ces futures vagues de chaleur vont représenter un risque sanitaire majeur, pour lequel nous devons prendre nos responsabilités et anticiper.

En revanche, je suis extrêmement consterné, pour ne pas dire fâché – je ne parle pas ici du ministre de la Défense, qui conseille de boire une bière dans sa piscine, ce qui équivaut à conseiller aux gens de ne pas mettre de masque pendant la pandémie de covid, mais on en a l'habitude de sa part –, d'entendre que le 112, pendant le week-end le plus chaud, celui de fin juin, mettait en moyenne 10 minutes pour répondre à l'appel des gens. Le 112, c'est pour les urgences. De cet appel découle parfois l'intervention d'une ambulance ou du SAMU, alors 10 minutes en plus, c'est vraiment grave! En cas d'infarctus ou d'accident de roulage, ce sont peut-être ces 10 minutes qui vont faire la différence pour sauver une vie.

C'est un vrai problème, qui est peut-être le premier à résoudre. Le gouvernement trouve des moyens pour mettre des militaires en plus dans les rues à Bruxelles; il serait utile de mettre du personnel en plus derrière le central téléphonique du 112!

La **présidente**: On espère qu'ils n'iront pas encore chercher à l'armée pour ces renforts. Ne donnez pas trop d'idées dans ce sens!

02.14 Jan Bertels (Vooruit): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik onthoud drie zaken uit uw antwoord, die de Vooruit-fractie naar voren wil brengen.

Ten eerste, hittegolven worden een wederkerend fenomeen. Dat hebt u zelf ook gezegd en dat hebben ook verschillende collega's gezegd. Het is van essentieel belang dat alle ministers van de federale regering en de deelstaatregeringen, de burgemeesters en de lokale overheden, kortom alle politici die een mandaat uitoefenen, beseffen dat de overheid daarin een rol te spelen heeft en dat het geen individueel probleem is dat elk individu apart moet oplossen. De overheid heeft daar een rol te spelen. We mogen dat niet minimaliseren en moeten die rol opnemen.

Ten tweede, met betrekking tot de gezondheidspijler, sluit ik me aan bij de dankbaarheid die u hebt uitgesproken voor het vele werk van onze zorgverleners en de stress die zij hebben gehad. Ik constateer echter ook met vreugde dat het systeem van de dringende geneeskundige hulp grotendeels goed heeft gewerkt, dankzij de solidariteit tussen alle mensen die daar werken. Ziekenhuizen en

huisartswachtposten hebben elkaar geholpen en ondersteund. Ze hebben taken van elkaar overgenomen, wanneer een spoeddienst dreigde overbelast te raken, zodat patiënten gebruik konden maken van een spoeddienst in een nabijgelegen ziekenhuis. Op dat punt heeft het systeem gewerkt.

U hebt wel een belangrijk werkpunt aangehaald, namelijk de triage en de operatoren van de noodcentrales 112, waaraan in sommige regio's 1733 werd gekoppeld. U hebt de cijfers aangehaald. Vooral het gegeven dat de basiscapaciteit niet kon worden verzekerd, ondanks het feit dat we wisten dat er een hittegolf was, dat er mogelijk onweer op komst was en dat een aantal evenementen werd georganiseerd, is effectief een punt dat niet aanvaardbaar is. Tien minuten wachten aan de telefoon is een eeuwigheid voor iemand die in zijn of haar perceptie dringend hulp nodig heeft.

Daarvan moet effectief een werkpunt worden gemaakt, samen met de minister van Binnenlandse Zaken. Die basiscapaciteit van de noodcentrales en de operatoren moet gewoon verzekerd zijn. Dat is een kerntaak van de overheid, die we op ons hebben genomen en die we ook moeten vervullen. Die basiscapaciteit moet dus omhoog. Zoals u zelf hebt aangehaald, moet die ofwel op voorhand verzekerd zijn, ofwel moeten personeelsleden kunnen worden opgeroepen op basis van de nood- en crisisplannen die bestaan, via de provinciale of federale fase.

Ten derde onthoud ik, en het wordt ruim gedeeld door de collega's, dat hitte een maatschappelijk probleem is. U hebt zelf ook gezegd dat hitte niet iedereen op dezelfde manier treft. Sommige mensen worden er harder door getroffen, zoals kwetsbare personen, ouderen en mensen met chronische ziekten. De samenleving moet daarop solidair reageren. Dat gebeurt gelukkig al in grote mate, veel van onze inwoners hebben die solidariteit getoond.

Ook de overheid moet die solidariteit tonen. Daarmee kom ik terug op mijn eerste zin. Het is een maatschappelijk probleem. Het is ruimer dan alleen een volksgezondheidsprobleem, waarbij de gezondheidspijler ook zijn werk moet doen. We moeten dus allemaal samen, ieder binnen zijn eigen bevoegdheden, zorgen voor meer kwalitatieve openbare ruimte, bijvoorbeeld in onze steden en gemeenten. Ook het creëren van zogenoemde koelplekken, waar mensen kunnen verpozen en sociaal contact kunnen vinden, is belangrijk. De lokale besturen zullen daarin ook een taak te vervullen hebben.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'IA comme application de thérapie conversationnelle" (56015380C)

03 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "AI-gesprekstherapie" (56015380C)

03.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, de plus en plus de citoyens se tournent aujourd'hui vers des outils d'intelligence artificielle pour évoquer leurs émotions, leur mal-être ou leurs difficultés psychologiques. Des applications de thérapie conversationnelle promettent un soutien accessible, immédiat et à moindre coût, dans un contexte où l'accès aux soins de santé mentale reste parfois limité.

Si ces outils peuvent constituer un premier espace d'expression ou d'organisation des pensées, de nombreux professionnels de la santé mentale alertent sur leurs limites: absence de véritable relation thérapeutique, incapacité à adapter finement l'accompagnement, risques en cas de troubles sévères ou encore enjeux importants en matière de protection des données personnelles.

Le gouvernement fédéral dispose-t-il d'une analyse de l'usage croissant de ces outils d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé mentale en Belgique?

Des recommandations ou un cadre sont-ils envisagés afin d'encadrer l'utilisation de ces applications, notamment pour éviter qu'elles ne se substituent à un suivi professionnel lorsque celui-ci est nécessaire?

Comment garantir la protection des données sensibles échangées via ces outils?

Enfin, pensez-vous que ces technologies pourraient être intégrées, de manière encadrée, comme outils complémentaires dans le cadre des soins de santé mentale?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, l'essor des outils d'intelligence artificielle dans le champ de la santé mentale constitue une évolution qui appelle à la fois attention et discernement. À ce stade, on suit avec intérêt les tendances émergentes en matière d'usage numérique dans la santé, y compris dans le domaine de la santé mentale, en lien avec la recherche scientifique et les avis des professionnels de terrain. Il se fait que le SPF Santé publique est en train de préparer une réflexion sur l'intelligence artificielle dans le domaine des soins de santé et de la santé. Je n'ai pas encore de résultats, mais on a lancé le début d'une stratégie en matière d'intelligence artificielle dans le domaine de la santé.

Voici peut-être déjà quelques réflexions synthétiques. Je crois qu'il est important de rappeler que ces applications ne peuvent en aucun cas se substituer à un accompagnement professionnel, en particulier en situation de troubles psychiques sévères. Leur utilisation doit rester complémentaire et s'inscrire dans un cadre clair, fondé sur des principes éthiques, cliniques et de sécurité. La protection des données personnelles, et *a fortiori* des données sensibles liées à la santé, constitue un enjeu central. Les règles existantes, notamment en matière de protection des données et de respect de la vie privée, doivent être pleinement appliquées à ces outils.

Enfin, une réflexion pourrait être menée en concertation avec les acteurs concernés sur les conditions dans lesquelles certaines technologies pourraient, le cas échéant, soutenir les parcours de soins, sans jamais remplacer la relation thérapeutique. Voici quelques réflexions anticipant quelque peu le travail lancé par le SPF Santé publique.

03.03 Ludivine Dedonder (PS): Merci pour ces réponses. J'entends dans votre réponse qu'on est vraiment au début de la réflexion. Il est clair qu'il y a toute une série d'enjeux. Il faut s'assurer de la protection des données mais la question fondamentale, c'est le "comment". Avec ce type d'outils, ce n'est pas aussi simple que dans d'autres domaines. J'imagine que nous y reviendrons lorsque cette stratégie sera davantage peaufinée.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

04 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La drépanocytose" (56015382C)

04 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Sikkelcelziekte" (56015382C)

04.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, la drépanocytose reste aujourd'hui une pathologie largement sous-estimée en Belgique, alors même qu'elle constitue la maladie génétique la plus répandue dans le monde. Chaque année, au moins 72 nouveaux cas sont détectés dans notre pays. Les patients souffrent de crises douloureuses sévères, de complications multiples et d'une espérance de vie encore limitée.

Malgré la connaissance scientifique dont nous disposons à son sujet, la prise en charge reste profondément inégale. Le dépistage néonatal n'a été généralisé en Fédération Wallonie-Bruxelles qu'en 2023, soit près de 30 ans après les premières recommandations, et il n'est toujours pas appliqué en Flandre, me semble-t-il. Cette situation entraîne encore actuellement des diagnostics tardifs, parfois après des années d'errance médicale et de souffrance.

Par ailleurs, des thérapies géniques innovantes existent désormais et offrent un espoir réel de guérison. Pourtant, leur accès reste bloqué en raison de négociations tarifaires infructueuses.

Cette situation pose une double question: celle de l'équité d'accès aux soins et celle des arbitrages budgétaires en santé publique.

Dès lors, monsieur le ministre, disposez-vous de données actualisées sur le nombre de patients atteints de cette maladie en Belgique, ainsi que sur l'âge moyen lors du diagnostic? Comment évaluez-vous aujourd'hui les disparités de dépistage en Belgique et avez-vous engagé une concertation afin

d'harmoniser les pratiques à l'échelle du pays? Où en sont précisément les négociations concernant le remboursement des thérapies géniques? Enfin, travaillez-vous à l'élaboration d'un plan structuré pour la drépanocytose, intégrant à la fois le dépistage, la sensibilisation, la prise en charge et l'accès aux innovations thérapeutiques?

04.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Dedonder, la prévalence de la drépanocytose est estimée entre une naissance sur 1 500 et une sur 2 500. L'incidence est plus élevée à Bruxelles, Anvers et Liège depuis l'intégration au dépistage néonatal systématique en Communauté française le 1^{er} janvier 2023. Le diagnostic est posé dès les premiers jours de vie. Cela permet une prise en charge rapide. Le dépistage néonatal relève des entités fédérées. Les pratiques varient donc d'une entité à l'autre. Le niveau fédéral reste disposé à engager la concertation, notamment dans les groupes de travail pertinents de la Conférence interministérielle (CIM).

Concernant le Casgevy, Vertex a introduit deux demandes de remboursement auprès de la Commission de remboursement des médicaments (CRM) de l'INAMI, une première le 8 mai 2024 et une seconde le 4 novembre 2025. Dans la première procédure, j'ai constaté le 24 juin 2025 qu'aucune convention n'était possible. Le prix sollicité, à savoir 1,9 million d'euros par patient, apparaissait disproportionné au regard de la valeur clinique. La CRM proposait un plafond de 800 000 euros par patient. Faute d'accord financier, j'ai clos la procédure par une décision négative. Dans la seconde procédure, la firme a retiré son dossier. Elle a toutefois annoncé son intention de revenir devant la CRM. Si Vertex apporte des données cliniques supplémentaires et probantes, je laisserai à la CRM le soin de les apprécier. Un prix aussi élevé exige une avancée thérapeutique clairement démontrée. Selon l'INAMI, une nouvelle demande devrait être introduite prochainement.

Enfin, le plan Maladies rares 2026-2030 vise à améliorer la qualité de vie de toutes les personnes touchées, sans distinction de pathologie. Il porte sur l'accès aux traitements innovants, l'information des professionnels et du grand public, la collecte de données et la sensibilisation.

04.03 Ludivine Dedonder (PS): Merci pour votre réponse, monsieur le ministre. Nous espérons dès lors que la nouvelle demande sera plus acceptable pour toutes les parties.

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

05 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De invasieve meningokokkenziekte" (56015468C)

05 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La maladie invasive à méningocoques" (56015468C)

05.01 Katleen Bury (VB): Mijnheer de minister, voor de duidelijkheid, ik heb ook nog een vraag over de pneumokokken, maar die komt veel later in de agenda aan bod, omdat daarover ondertussen een nieuw advies van de Hoge Gezondheidsraad is uitgebracht.

Bij deze vraag gaat het over de meningokokken. In maart werd in Canterbury, in het Verenigd Koninkrijk, een uitbraak van meningokokken van serogroep B vastgesteld. Die werd voornamelijk gelinkt aan een lokale cluster in de uitgaanscontext.

Ook werd in 2025 en begin 2026 in het Verenigd Koninkrijk een toename vastgesteld van meningokokkeninfecties van serogroep W. Die hield verband met pelgrimstochten naar Saudi-Arabië. Ook in België werd toen een lichte stijging van die serogroep W gerapporteerd.

Mijnheer de minister, werden sinds begin 2025 in België gevallen van invasieve meningokokkenziekte vastgesteld met een epidemiologische link naar het Verenigd Koninkrijk of naar reizen in het kader van pelgrimstochten naar Saudi-Arabië?

We weten dat voor invasieve meningokokkenziekte een meldingsplicht bestaat. Is die nageleefd? Binnen welke termijnen werden contactopsporing en andere maatregelen opgestart?

Is er een geactualiseerd en operationeel draaiboek voor de aanpak van clusters, zoals we die hebben gezien in studentenomgevingen of bij massabijeenkomsten? Welke instanties zijn verantwoordelijk voor

de coördinatie?

Werden naar aanleiding van die internationale signalen specifieke richtlijnen of waarschuwingen verspreid naar zorgverleners, reisgeneeskundige centra, onderwijsinstellingen en organisatoren van groepsreizen?

Hoe wordt het vaccinatiebeleid afgestemd op de verschillende serogroepen, in het bijzonder voor risicogroepen zoals jongeren, studenten en reizigers naar endemische gebieden?

Hoe wordt gecontroleerd dat de verplichte vaccinatie tegen meningokokken voor pelgrims naar Saudi-Arabië effectief wordt nageleefd?

Is er ook een stand van zaken over het advies dat aan de Hoge Gezondheidsraad werd gevraagd? Zoals ik al zei, heb ik kunnen kennisnemen van een bijgesteld advies over de pneumokokken, maar nog niet over de meningokokken.

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, ten eerste, in 2025 werden in België geen invasieve meningokokkeninfecties gelinkt aan de serogroep B-uitbraak in het Verenigd Koninkrijk. In 2025 zouden in België wel vijf gevallen via microbiologische resultaten gelinkt zijn aan de cluster uit Saoedi-Arabië. Die internationale cluster werd in 2024 vastgesteld en er werden meerdere gevallen waargenomen in verschillende landen, met name het Verenigd Koninkrijk, Frankrijk, Noorwegen en de Verenigde Staten.

Ten tweede, de vaststelling van een invasieve meningokokkeninfectie moet binnen 24 uur worden gemeld aan de gewestelijke gezondheidsinspecteurs van de Dienst Infectieziektenbestrijding. Zij gaan onmiddellijk met die melding aan de slag en starten de contactopsporing. De antibiotische profylaxe wordt zo snel mogelijk toegediend, binnen maximaal 24 tot 48 uur na het laatste contact met het indexgeval. De antibioticaprofylaxe voor huishoudcontacten wordt bovendien vaak al opgestart door de behandelende arts van het indexgeval bij het stellen van de diagnose.

Ten derde, de actuele richtlijnen voor de infectieziektebestrijding van invasieve meningokokkeninfecties worden door de gefedereerde entiteiten in samenwerking met Sciensano opgesteld en geactualiseerd door AVIQ en het departement Zorg. De aanpak van een cluster wordt gecoördineerd door de gezondheidsinspecteurs van het betrokken gewest. Bij een grotere uitbraak die meerdere gewesten zou treffen, wordt er geëscaleerd naar een coördinatie via de RMG, met de hulp van Sciensano en de Risk Assessment Group.

Ten vierde, gedetailleerde informatie werd in april opgenomen in de *Nieuwsflash Infectieziekten*. Het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding beveelt geen meningokokken-B-vaccinatie aan voor reizen naar het Verenigd Koninkrijk, omdat er geen nieuwe gevallen meer worden vastgesteld en de epidemie onder controle is. De meningokokken-ACWY-vaccinatie blijft wel verplicht voor bedevaarten naar Mekka.

Ten vijfde, de Hoge Gezondheidsraad stelt vaccinatieaanbevelingen op in functie van de epidemiologische en de beschikbare wetenschappelijke literatuur, en dat per serogroep. Het vaccin tegen meningokokken C is sinds juni 2023 in Vlaanderen en sinds september 2023 in de Franstalige Gemeenschap vervangen door het vaccin tegen meningokokken ACWY in het basisvaccinatieschema voor zuigelingen, zoals dat is aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad in 2019. De Hoge Gezondheidsraad beveelt ook een boosterdosering aan voor adolescenten, maar die aanbeveling werd tot dusver niet geïmplementeerd in de vaccinatieprogramma's van de deelstaten. Het ACWY-meningokokkenvaccin is dus verplicht voor alle oemra- en hadj-pelgrims van 1 jaar en ouder.

Ten zesde, bij de visumaanvraag moet een vaccinatiebewijs worden ingediend.

Ten zevende, de Hoge Gezondheidsraad adviseert vaccinatie tegen meningokokken B op individuele basis en niet via massale vaccinatie. De redenen daarvoor zijn het lage aantal gemelde gevallen in de afgelopen jaren en het feit dat dat vaccin geen effect heeft op het dragerschap en dus ook niet op de overdracht. Een herziening van dat advies staat gepland voor het jaar 2027.

05.03 **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik vond het zeer belangrijk

om een aantal zaken te weten te komen, zeker over de controle op de verplichte vaccinatie. U zegt nu dat dat via het visum gebeurt. Dat is belangrijk, omdat de ziekte zich dan toch niet op die manier enorm kan verspreiden. Dat er opstoten bij pelgrimstochten worden waargenomen, is wel vreemd. Als iedereen die verplichting effectief zou nakomen, dan is iedereen verplicht gevaccineerd en zou dat daar dus niet voorkomen.

Ik dacht dat het advies van de Hoge Gezondheidsraad vroeger gepland stond. Het is dus pas voor 2027. Ik kijk daarnaar uit, maar ik ken nu uw visie. U zegt ook dat er maar een aantal gevallen zijn en dat we het beleid dus niet aanpassen. De gevallen die er zijn, zijn echter zeer zwaar, met dodelijke afloop, amputaties van ledematen of blijvende handicaps zoals doofheid bij kinderen die de meningokokkeninfectie doormaken. Dat geldt net zozeer voor de pneumokokkeninfectie. Dat loopt allemaal wat samen. Daarop kom ik in een volgende vraag terug, omdat ook daar nog veel werk aan de winkel is, maar die vraag zal ik vanavond spijtig genoeg niet meer kunnen stellen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement de la recherche scientifique et médicale" (56015493C)**

06 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiering van wetenschappelijk en medisch onderzoek" (56015493C)**

06.01 **Ludivine Dedonder (PS):** J'ai déposé cette question qui porte sur le financement de la recherche scientifique et médicale, alors qu'on venait de récolter des dons lors du Télévie.

Pourriez-vous nous détailler les montants actuellement consacrés par le gouvernement fédéral à la recherche médicale, et plus spécifiquement à la recherche sur le cancer? Quelle est l'évolution de ces budgets au cours de ces 10 dernières années?

Quelle part du financement global de la recherche médicale provient aujourd'hui de fonds publics par rapport aux dons privés et aux financements associatifs? Disposez-vous d'une estimation quant à cette répartition?

Le gouvernement envisage-t-il de renforcer les investissements publics dans la recherche médicale afin de garantir un financement structurel, stable et suffisant indépendamment des campagnes de dons? Nous avons évidemment été assez déçus, et le mot est faible, de voir que le gouvernement avait décidé de diminuer la déductibilité fiscale des dons.

06.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** La recherche scientifique en santé relève principalement de compétences régionales. Cependant, je suis fermement convaincu que l'État fédéral doit également y contribuer, dans la limite de ses moyens.

Avec un budget annuel de 10,1 millions d'euros pour le financement d'études cliniques randomisées, le programme KCE *Trials* existe depuis 2016 et soutient spécifiquement la recherche clinique, qui suscite moins d'intérêt dans le secteur privé. Sur les 75 études cliniques déjà financées, 11 sont spécifiquement liées au cancer. De plus, le nouveau *Post Reimbursement Fund*, que je suis en train de créer, également doté d'un budget de 10 millions d'euros, sera lancé concrètement au cours de l'année prochaine et financera des études cliniques visant à optimiser les traitements impliquant des médicaments coûteux.

Concernant la recherche en cancérologie, cela fait 20 ans que le gouvernement fédéral investit dans le Centre du cancer de Sciensano et la Fondation Registre du Cancer afin de faciliter la collecte de données et d'appuyer l'élaboration des politiques.

En 2021, le *Europe's Beating Cancer Plan* et la *EU Mission Cancer* ont été lancés au niveau européen. Nous avons investi dans la création d'une cellule de soutien au sein du Centre du cancer de Sciensano afin d'aider les équipes de recherche belges à obtenir des subventions dans le cadre de ces appels à projets très compétitifs. Et cela fonctionne: entre 2021 et 2025, la Belgique a pu obtenir environ

19,5 millions d'euros de subventions du programme EU4Health et plus de 55 millions d'euros du programme Horizon Europe pour la recherche en cancérologie.

J'ai également soutenu la création, en 2024, de BeCRA, l'Alliance belge pour la recherche sur le cancer. C'est une alliance de 18 organismes belges impliqués dans la recherche sur le cancer, parmi lesquels les hôpitaux universitaires, le Vlaams Instituut voor Biotechnologie (VIB), BioWin, Sciensano, le Centre national de recherche nucléaire, Kom op tegen Kanker, la Fondation contre le cancer et plusieurs groupes professionnels. Le BeCRA vise à promouvoir l'ancrage national et international de la recherche belge sur le cancer au bénéfice des patients.

J'espère que ces informations vous auront éclairé sur les efforts déployés par le gouvernement fédéral pour soutenir la recherche sur le cancer en Belgique, dans le cadre de ses compétences.

06.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Je vous remercie pour ces éclaircissements.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 56015503C et n° 56015504C de Mme Eggermont sont sans objet, vu l'absence de celle-ci.

07 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les dangers liés aux protections menstruelles" (56015509C)**

07 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevaren van menstratieproducten" (56015509C)**

07.01 **Ludivine Dedonder (PS):** Ma question fait suite à un récent rapport de l'ONG Règles élémentaires, qui mettait en lumière une situation particulièrement préoccupante concernant les protections menstruelles commercialisées en Europe. Selon ce rapport, des résidus de pesticides, des métaux lourds, des PFAS, des phtalates ou encore des dioxines ont été détectés à plusieurs reprises dans des tampons et serviettes hygiéniques, y compris dans des marques courantes. Ces substances parfois classées cancérogènes ou comme perturbateurs endocriniens sont susceptibles d'agir de manière cumulative au travers d'un effet cocktail. Aujourd'hui, cela semble insuffisamment pris en considération dans les évaluations réglementaires.

Il s'agit d'une problématique d'autant plus préoccupante que ces produits sont utilisés de manière répétée pendant plusieurs années et en contact direct avec une muqueuse perméable. Or, contrairement à d'autres biens en contact intime avec le corps humain, les protections menstruelles ne bénéficient pas, au niveau européen, d'un cadre réglementaire spécifique. Elles ne relèvent ni du régime des cosmétiques ni de celui des dispositifs médicaux. Le règlement REACH ne permet pas non plus de combler pleinement ce vide, notamment en raison de son approche substance par substance.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'une évaluation récente de la présence de ces substances chimiques dans les protections menstruelles commercialisées sur notre territoire?

Envisagez-vous de prendre des initiatives afin de mettre en place un cadre réglementaire spécifique pour ces produits?

Comment le gouvernement entend-il mieux protéger les personnes menstruées face aux risques liés à l'exposition à ces substances?

Enfin, soutenez-vous les recommandations visant à reconnaître la santé menstruelle comme un enjeu de santé publique à part entière et à renforcer dès lors la recherche scientifique sur ces expositions?

07.02 **Frank Vandenbroucke, ministre:** À votre première question: la dernière évaluation du marché date de 2018, via une étude commanditée par le SPF Santé publique portant sur l'analyse des résidus de substances organiques dans les tampons et les serviettes hygiéniques de différentes marques achetées en Belgique.

L'analyse avait révélé la présence de substances pouvant comporter un risque pour la santé humaine, notamment de phtalates, caprolactame, nonylphénols, glyphosate, mais en concentrations inférieures aux valeurs limites imposées par le règlement européen REACH.

Le SPF Santé publique avait dès lors informé les producteurs de tampons et de serviettes hygiéniques des résultats obtenus et leur avait demandé si une élimination totale ou une substitution était réalisable pour rendre les produits encore plus sûrs. EDANA, une organisation représentant des industries fabricant serviettes hygiéniques et tampons, a commenté que leurs produits étaient sans danger et respectaient les législations en vigueur. Elle déclarait également œuvrer à éliminer les traces de ces substances.

À votre deuxième question: il n'y a pas de cadre réglementaire spécifique pour cette catégorie de produits. Elle est réglementée de manière horizontale par le règlement européen relatif à la sécurité générale des produits, du ressort du SPF Économie.

La Belgique a déjà communiqué à l'Agence européenne des produits chimiques et à la Commission européenne sa position concernant le règlement REACH. Nous avons demandé que les produits d'hygiène personnelle soient considérés comme une catégorie prioritaire pour une initiative de la Commission, qui peut utiliser sa procédure de voie rapide de restriction de certaines substances cancérigènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction.

En outre, le règlement REACH impose des restrictions pour certaines substances dangereuses, mais il est exact que les effets combinés de différentes substances ne sont pas pris en compte à l'heure actuelle. L'intégration de l'effet cocktail dans l'évaluation des risques des substances chimiques est un élément important, que mon administration soutiendra lors de la révision du règlement REACH. Nous n'avons cependant pas de calendrier clair pour cette révision.

À votre troisième question: mieux protéger la population face à ces risques passe par un renforcement du règlement REACH et par l'adoption de nouvelles restrictions. Je préconise des interdictions génériques dans les produits de consommation pour les substances les plus dangereuses, comme les cancérigènes et les perturbateurs endocriniens, en référence à leur classification comme "danger" sous le règlement CLP (classification, étiquetage et emballage) relatif aux substances chimiques contenues dans les produits.

Ces processus législatifs prennent cependant du temps.

Je soutiens donc aussi la mise en œuvre de l'Écolabel européen qui fixe des critères spécifiques pour les produits d'hygiène absorbants. Les perturbateurs endocriniens et les agents antibactériens, ainsi que les parfums ou lotions susceptibles de provoquer des allergies, sont notamment interdits dans les produits de cette catégorie, porteurs de l'Écolabel.

Par rapport à votre quatrième question: à ce stade, il n'y a pas de décision d'implémentation spécifique en Belgique.

07.03 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces réponses. Je suis heureuse d'entendre que vous êtes d'accord avec moi. La difficulté, c'est évidemment le temps que cela prend, mais je salue la volonté d'avancer dans le domaine.

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

08 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De alternatieve aanwending van de indexmassa" (56015517C)

08 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'utilisation alternative de la masse d'indexation" (56015517C)

08.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag al een tijd geleden ingediend,

maar ze werd herhaaldelijk uitgesteld.

In de kaderwet wordt verwezen naar een andere of alternatieve aanwending van de indexmassa dan een gebruikelijke indexering. Er staat dat, indien een beroepsgroep de akkoorden niet aanvaardt, het vastgestelde bedrag van de indexmassa wel behouden blijft, voor het geval de beroepsgroep het akkoord later toch aanvaardt, zodat de indexmassa alsnog kan worden toegekend.

Wat wordt er bedoeld met een andere of alternatieve aanwending van de indexmassa? Wie beslist daarover? Heeft de beroepsgroep inspraak in de beslissing tot alternatieve aanwending?

Wat gebeurt er met de indexmassa als het uiteindelijk toch tot een akkoord komt en de indexmassa al een andere alternatieve aanwending gekregen heeft dan de gebruikelijke indexering?

Is er cumulatie mogelijk van de bedragen van verscheidene jaren?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De kwestie is eigenlijk al aan bod gekomen bij de bespreking van de wet op de hervorming van de gezondheidszorg, die hier goedgekeurd is. Ik zal kort herhalen. Indien de akkoordencommissie er niet in slaagt een akkoord te sluiten, wordt de indexmassa niet toegekend op 1 januari, en dat in afwachting van het verdere proces. Dat wil zeggen dat een document door het Verzekeringscomité of door de minister wordt voorgelegd. De indexmassa van het lopende jaar blijft evenwel gegarandeerd voor de sector en zal dus op een later moment tijdens dat jaar aangewend worden.

Voorts is bepaald dat indien minder dan 60 % van de zorgverleners de tarieven onderschrijft, er bijgevolg teruggevallen wordt op de tarieven van het jaar x-1 en de Koning bij een door een in de ministerraad overlegd besluit de tarieven bepaalt, evenwel rekening houdend met de indexmassa. Kortom, de indexmassa die niet gebruikt is omdat er geen akkoord is of omdat een gesloten akkoord uiteindelijk niet in werking treedt, blijft steeds gereserveerd ten gunste van de betrokken sector en wordt zo snel mogelijk opnieuw te gelde gemaakt, hetzij na het sluiten van een nieuw akkoord, hetzij bij het vaststellen van tarieven door de Koning.

08.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel voor de verduidelijking, mijnheer de minister. Dat laatste stuk is natuurlijk de verklaring. Dat heb ik blijkbaar gemist tijdens de bespreking van de kaderwet.

De indexmassa blijft dus bestaan tot de Koning, of u natuurlijk, bepaalt wat ermee zal gebeuren.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

09 **Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De indiening van de jaarrekeningen van het RIZIV bij het Rekenhof" (56015518C)**

09 **Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La présentation des comptes annuels de l'INAMI à la Cour des comptes" (56015518C)**

09.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het RIZIV is volgens het koninklijk besluit van 30 april 2024 inzake de uitoefening van de opdracht van financiële controle bij de openbare instellingen van sociale zekerheid, opgenomen in de golf instellingen die een certificatie van het Rekenhof vanaf 2027 moeten verkrijgen.

Er is een achterstand in de indiening van de jaarrekeningen van het RIZIV bij het Rekenhof. De revisoren zouden ondertussen al de boekjaren 2022 en 2023 gecontroleerd hebben. De jaarrekening van 2024 zou wel tijdig zijn ingediend. De gezondheidszorgbegroting zou wel degelijk nauwkeurig, correct en tijdig worden opgevolgd, onder meer aan de hand van maandelijkse boekhoudkundige rapporteringen en periodieke technische ramingen in de verschillende organen van het RIZIV, waarin ook regeringscommissarissen voor Begroting zitting hebben, en in de Algemene Raad van vertegenwoordigers van de regering, waarbij ook het Rekenhof toegang heeft tot de documenten. Werd de opgelopen achterstand ondertussen al weggewerkt?

Op korte termijn begint het overleg in de akkoordencommissies met betrekking tot de begroting voor 2027. Eigenlijk zou dat nu al moeten gebeuren. Uiterlijk op 30 juni 2026, enkele dagen geleden, worden de besparingsvoorstellen vanuit de akkoordencommissies verwacht. Het zou dus handig zijn, indien de commissies konden terugvallen op de analyse van de jaarrekening 2025 van het Rekenhof en op zijn adviezen. Wordt er ondertussen werk gemaakt van de controle door het Rekenhof van de jaarrekening 2025? Wanneer zullen we zijn verslag ontvangen? Zullen we überhaupt een verslag ontvangen?

Voor het opstellen van de jaarrekeningen 2022, 2023 en 2024 werd Deloitte als consultant ingeschakeld. Welke kosten gaan daarmee gepaard? Wordt de jaarrekening van het RIZIV voor 2025 ook door Deloitte opgesteld? Is het de bedoeling dat het RIZIV in de toekomst zelf zijn jaarrekeningen opstelt of steunt het RIZIV af op een structurele afhankelijkheid van het consultancybureau Deloitte, met het daarbij horende prijskaartje?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ten eerste, de achterstand is ondertussen weggewerkt. De jaarrekening 2024 werd tijdig ingediend. De jaarrekening 2025 moet wettelijk vóór eind 2026 worden ingediend en is bijgevolg nog niet beschikbaar. Voor de besprekingen van de besparingsvoorstellen zijn voornamelijk de technische ramingen belangrijk. Daarin worden prognoses opgenomen op basis van beschikbare informatie.

Ten tweede, het Rekenhof is de controle van de jaarrekening 2022 aan het afronden. Daarna moeten nog de jaarrekeningen 2023 en 2024 worden geanalyseerd. De jaarrekening 2025 zal in 2027 eerst door de revisoren en vervolgens door het Rekenhof worden geauditeerd.

Ten derde, Deloitte werd ingeschakeld in het transformatieproces voor de certificatie van de jaarrekening en ook voor de operationele ondersteuning. Een van de elementen van het transformatietraject was het wegwerken van de achterstand bij de jaarrekening.

De begeleiding van het transformatieproces had een kostprijs van 774.443 euro. De operationele ondersteuning kostte 435.696 euro in 2024 en iets minder, namelijk afgerond 339.725 euro, in 2025. Het gaat om bedragen inclusief btw.

Ten vierde en ten vijfde, de opdracht met Deloitte is afgerond. De financiële directie werd versterkt en het RIZIV zal zelfstandig de jaarrekening 2025 en de volgende jaarrekeningen opstellen.

09.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik dank u voor de antwoorden. Ik heb daar niets aan toe te voegen.

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

La **présidente**: La question n° 56015531C de Mme Eggermont tombe puisqu'elle n'est pas présente.

10 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le taux de conventionnement des dermatologues" (56015639C)**

10 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De conventioneringsgraad bij dermatologen" (56015639C)**

10.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, les dermatologues affichent aujourd'hui l'un des taux de conventionnement les plus faibles parmi les spécialistes: autour de 18 %. Ce chiffre, souvent perçu comme un choix individuel, est en réalité décrit par la profession elle-même comme un mécanisme de survie face à un modèle de financement devenu inadapté. Contrairement à certaines idées reçues, la dermatologie n'est pas majoritairement une pratique esthétique: celle-ci représente moins de 10 % de l'activité. La grande majorité des consultations relève de soins médicaux classiques, avec des honoraires d'environ 43 euros, alors que le coût de fonctionnement par patient est estimé entre 25 et 38 euros. Une fois les charges déduites, la rémunération nette peut devenir résiduelle.

Le cœur du problème réside dans la nomenclature actuelle, jugée par la profession obsolète et déséquilibrée, en raison de consultations parfois longues, d'investissements technologiques croissants et de charges administratives importantes, non prises en compte dans le financement. Dans ces

conditions, le déconventionnement apparaît comme la conséquence d'un système qui ne permet pas suffisamment d'assurer la viabilité économique des cabinets.

Comment analysez-vous ce faible taux de conventionnement chez les dermatologues? Partagez-vous le constat d'un déséquilibre structurel de la nomenclature?

Dans le cadre de la réforme en cours, envisagez-vous une revalorisation de l'acte intellectuel en dermatologie et une révision des unités de valeur afin de corriger ces écarts?

Quelles garanties pouvez-vous apporter pour éviter que cette situation n'entraîne une augmentation des suppléments d'honoraires et une dégradation de l'accessibilité aux soins dermatologiques?

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le taux de conventionnement des dermatologues reste effectivement faible: 28 % au total et 20,25 % parmi ceux en activité pour 2026-2027. Cette situation s'explique notamment par une nomenclature héritée du passé, qui ne reflète plus toujours les coûts réels ni l'évolution de la pratique. Elle alimente aussi des inégalités de revenus et des difficultés d'accès aux soins. C'est précisément l'objet de la réforme de la nomenclature en cours: moderniser en profondeur le prestations et les valoriser sur la base de critères objectifs tels que la durée, la complexité, le risque et les coûts réels. L'objectif est de corriger progressivement les déséquilibres historiques dans un cadre cohérent et soutenable budgétairement. Les concertations techniques sont en cours.

Concernant les suppléments d'honoraires, notre priorité reste l'accessibilité financière des soins. Leur encadrement doit aller de pair avec une nomenclature plus juste afin d'éviter qu'ils ne compensent un sous-financement structurel. Comme prévu dans l'accord médico-mutualiste 2026-2027, la Commission nationale examinera ces questions et formulera des propositions adaptées.

10.03 Ludivine Dedonder (PS): J'entends donc que normalement les choses devraient évoluer dans le bon sens par rapport à la demande faite par les dermatologues. Notons qu'ils sont inquiets de ne pas être valorisés comme d'autres collègues dans d'autres disciplines. C'est la raison pour laquelle je voulais ici vous sensibiliser à cette question, sur laquelle nous reviendrons le moment venu.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des diagnostics de cancer" (56015678C)

11 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toename van het aantal kankerdiagnoses" (56015678C)

11.01 Ludivine Dedonder (PS): Monsieur le ministre, les dernières projections de la Fondation du Registre du Cancer indiquent une évolution préoccupante. Selon celles-ci, le nombre de nouveaux diagnostics de cancer en Belgique devrait passer de 77 000 en 2023 à plus de 93 000 en 2035, soit une augmentation de 21 %, représentant environ 16 000 cas supplémentaires par an. Certaines tendances spécifiques interpellent: la forte progression attendue des mélanomes, des cancers du foie et du pancréas, ou encore l'augmentation des cancers liés à la consommation d'alcool chez les femmes. Ces évolutions soulèvent des questions relatives aux modes de vie, mais aussi aux facteurs environnementaux. Elles posent évidemment la question de la prévention, mais également celle de la capacité de notre système de santé à y faire face. Ce sont des questions essentielles face à cette augmentation annoncée.

Monsieur le ministre, comment le futur Plan Cancer intégrera-t-il cette hausse importante du nombre de patients? Des mesures concrètes sont-elles envisagées afin de renforcer notre système de santé, notamment en matière de personnel soignant, d'infrastructures et de capacité hospitalière? Enfin, comment entendez-vous renforcer les politiques de prévention ciblées au regard des cancers en forte progression, en particulier ceux liés aux comportements à risque et aux expositions environnementales?

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Madame Dedonder, l'augmentation attendue du nombre de

diagnostics de cancer met en évidence un défi structurel majeur. Le vieillissement et la croissance de la population exercent une pression accrue sur notre système de santé. Il est donc essentiel d'anticiper cette évolution plutôt que de simplement la constater. C'est dans cette perspective que s'inscrit le nouveau Plan Cancer. Celui-ci est conçu comme une stratégie à moyen et long terme, constituant une feuille de route non seulement pour cette législature, mais également pour la décennie en cours. L'objectif est de renforcer la résilience de notre système en tenant compte des réalités du terrain et des ressources disponibles, tout en consolidant et en améliorant une prise en charge du cancer qui est déjà de très haut niveau en Belgique.

Le plan en cours d'élaboration vise à garantir à chaque patient des soins de haute qualité, fondés sur des données scientifiques probantes, tout au long de son parcours. Il abordera notamment les questions relatives à l'organisation des soins. Des concertations avec les acteurs du terrain concernés ont été et sont encore organisés. Enfin, en matière de prévention, il convient de rappeler que cette compétence relève principalement des entités fédérées. Des discussions sont toutefois en cours au sein du groupe de travail spécifique de la Conférence interministérielle Santé publique afin de renforcer les politiques de prévention, notamment en matière de prévention contre le cancer.

11.03 **Ludivine Dedonder (PS):** Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 **Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les règles européennes relatives aux substances toxiques dans les cosmétiques" (56015684C)**

12 **Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Europese regels betreffende schadelijke stoffen in cosmetica" (56015684C)**

12.01 **Ludivine Dedonder (PS):** Monsieur le ministre, je vous interrogeais il y a quelque temps sur l'information des consommateurs en matière de cosmétiques et sur la sécurité des ingrédients utilisés. Vous rappeliez à juste titre que le cadre européen actuel garantit un haut niveau de protection, avec une évaluation scientifique rigoureuse et une réglementation évolutive.

Or l'actualité européenne récente vient interroger cette affirmation. Le projet dit Omnibus VI, actuellement en discussion au Parlement européen, prévoit d'allonger significativement les délais de retrait des substances classées cancérogènes, mutagènes ou toxiques pour la reproduction (substances dites CMR) dans les produits cosmétiques. Concrètement, là où un retrait intervient aujourd'hui dans un délai d'environ 18 mois, les compromis en discussion évoquent des délais pouvant aller jusqu'à plus de six ans, voire près de 10 ans si l'on tient compte des procédures de classification.

Dans un contexte où les citoyens utilisent quotidiennement de nombreux produits d'hygiène et de soins, cette évolution suscite des inquiétudes légitimes. Plusieurs associations, mais aussi des scientifiques, évoquent un risque réel d'affaiblissement du principe de précaution au profit de considérations économiques.

Ces débats font également écho aux préoccupations que vous avez vous-même évoquées quant à la difficulté pour les citoyens de comprendre les risques liés aux ingrédients présents dans les cosmétiques.

Quelle est la position de la Belgique dans les discussions européennes relatives à ce texte Omnibus VI? Le gouvernement soutient-il cet allongement des délais de retrait des substances CMR ou plaide-t-il pour le maintien d'un haut niveau de protection sanitaire?

Comment garantir, dans ce contexte, que le principe de précaution reste pleinement appliqué et que la sécurité des consommateurs ne soit pas affaiblie?

Enfin, ces évolutions ne renforcent-elles pas la nécessité de mieux informer les citoyens, voire de relancer la réflexion sur des outils de lisibilité du risque pour les consommateurs?

12.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Concernant votre première question, les travaux sur l'Omnibus VI ont récemment repris au niveau du Conseil de l'Union Européenne. En novembre, un mandat a été confié à la présidence danoise, intégrant certaines modifications par rapport à la proposition initiale de la Commission. Le Parlement européen a repris partiellement ces éléments. La présidence chypriote a récemment consulté les États membres afin de préparer les négociations avec le Parlement.

Dans ce contexte encore évolutif, la Belgique défend une approche équilibrée visant à maintenir un haut niveau de protection de la santé, tout en allégeant, lorsque cela est pertinent, la charge administrative. Elle soutient notamment le maintien de certaines exigences clés, comme la notification des nanomatériaux et le caractère exceptionnel des dérogations, tout en comprenant la nécessité de délais justifiés pour permettre la reformulation des produits.

À votre deuxième question, je répondrai que le mandat du Conseil prévoit des délais plus courts que ceux initialement proposés par la Commission. La Belgique soutient cette approche et reste ouverte à des ajustements dans le cadre des négociations, pour autant que la sécurité soit démontrée et que les délais restent proportionnés.

Troisièmement, la sécurité des produits demeure le principe fondamental. Les substances CMR sont interdites, sauf dérogations soumises à des critères stricts et à une évaluation scientifique indépendante du comité scientifique européen qui fait les évaluations des risques pour les cosmétiques et autres produits de consommation, le SCCS (*Scientific Committee on Consumer Safety*).

Quatrièmement, la distinction entre danger et évaluation de risque complique la lisibilité pour les citoyens. Une amélioration de l'étiquetage dans un cadre européen harmonisé pourrait constituer une piste pertinente à explorer.

12.03 Ludivine Dedonder (PS): En effet, il y a pas mal de pistes à explorer sur le plan européen. J'entends que tout cela est encore en négociation, et j'espère que la Belgique adoptera une position ferme visant principalement à protéger nos citoyens.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van blaassondage" (56015704C)

13 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement du sondage vésical" (56015704C)

13.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de minister, ouders van een peuter met spina bifida contacteerden mij. Hun kind moet meerdere keren per dag steriel worden gesondeerd. Zij krijgen het sondemateriaal terugbetaald via autosondage, maar zij kregen nu echter te horen dat thuisverpleging voor blaassondage niet langer wordt terugbetaald. Men beroept zich daarvoor op het cumulatieverbod. Een kind van twee jaar kan dat echter niet zelf. Het gevolg is dat ouders met een voltijdse job worden gedwongen om telkens naar school te rijden of zelfs hun werk op te geven om die zorg te verlenen. Dat is een beleid dat gezinnen straft in plaats van ondersteunt. Bovendien brengt het de zorgveiligheid van een kwetsbaar kind in gevaar.

Mijnheer de minister, bevestigt u dat het cumulatieverbod tussen autosondagemateriaal en verpleegkundige verstrekkingen voor blaassondage vandaag tot weigeringen leidt, ook bij jonge kinderen? Zo ja, op basis van welke inzichten werd daartoe beslist?

Werd daarover overleg gepleegd met patiëntenverenigingen, kinderurologen, pediaters en de thuisverpleegkundige sector? Zo ja, wat is de stand van zaken? Zo neen, waarom niet? Zult u dat overleg opstarten en wanneer?

Vindt u het verdedigbaar dat gezinnen door die regeling voor een onmogelijke keuze worden geplaatst? Ofwel moeten ze hun werk en inkomen opofferen om de zorg zelf te verlenen, ofwel moeten ze risico's nemen met de gezondheid en de veiligheid van hun kind.

Bent u bereid om een uitzondering uit te werken voor minderjarigen en zwaar zorgbehoevenden, zodat verpleegkundige hulp ook op school of in de opvang mogelijk blijft?

Tegen wanneer komt u met een concrete oplossing? Welke tijdelijke maatregelen neemt u intussen, zodat gezinnen niet langer klem zitten?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het cumulverbod tussen de tegemoetkoming voor autosondagemateriaal en de verpleegkundige verstrekkingen voor blaassondage is geen nieuwe maatregel. Die bepaling maakt al sinds 2003 deel uit van de regelgeving.

Naar aanleiding van controles heeft de DGEC van het RIZIV de verzekeringsinstellingen gevraagd om toe te zien op de correcte toepassing van de bestaande regel. Daardoor werden situaties zichtbaar waarbij rechthebbenden, onder wie kinderen, met de gevolgen van dat cumulverbod werden geconfronteerd.

Net omdat die situaties op het terrein als problematisch werden ervaren, zoals u ook aangeeft, werd snel actie ondernomen. Dat was het voorwerp van intensief overleg bij de verschillende betrokken organen van het RIZIV. Uit de gesprekken die de afgelopen maanden tussen de partners plaatsvonden, blijkt dat er een breed draagvlak bestaat om het cumulverbod uit het besluit van 15 januari 2023 te herbekijken.

Op 23 april 2026 keurde de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen een wijziging van de regelgeving goed. Daardoor geldt het cumulverbod voortaan niet langer voor kinderen jonger dan 12 jaar. Voor die groep is de cumulatie van de tegemoetkoming voor autosondagemateriaal en verpleegkundige blaassondage dus toegelaten.

Ik weet niet of het al gepubliceerd is, maar ik heb het alleszins enkele dagen geleden ondertekend.

13.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister. Mijn vraag dateert van januari, maar is tijdens de bespreking van de begroting en de beleidsnota's wat verloren gegaan. Ik heb ze dus opnieuw moeten stellen, maar de realiteit heeft mij ingehaald.

Ik ben zeer blij dat er overleg is geweest, dat er voortschrijdend inzicht is en dat dit nu wel kan worden terugbetaald en dat er geen cumulverbod meer geldt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56015709C de Mme Nathalie Muylle, absente, est sans objet. Il en va de même des questions n° 56015833C et n° 56015838C de Mme Kathleen Depoorter.

14 **Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accompagnement des enfants et adolescents en situation de surpoids ou d'obésité" (56017454C)**

14 **Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De begeleiding van kinderen en jongeren met overgewicht of obesitas" (56017454C)**

14.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): *Monsieur le ministre,*

L'obésité est un problème majeur de santé publique car elle est responsable de nombreux problèmes de santé et a un impact important sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Elle est associée à de nombreuses maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiovasculaires et certains cancers. Ces complications font de l'obésité un facteur de risque de mortalité précoce.

L'Enquête nationale sur la consommation alimentaire (VCP) 2022-2023 nous apprend que 18,5% des enfants (de 3 à 9 ans) et 20,7% des adolescents (de 10 à 17 ans) sont en situation de surpoids et que 4,1% des enfants et 6,7% des adolescents sont en situation d'obésité. L'enquête de Santé 2023-24 menée par Sciensano nous apprend que "Près d'un jeune sur cinq (19,4%) est en surpoids et 4,8% en situation d'obésité". Les différences dans les taux de prévalence entre les deux enquêtes peuvent

s'expliquer par la méthode de collecte de données. Dans la VCP, le poids et la taille sont mesurés objectivement, tandis que dans l'enquête de santé, ils sont déclarés par les participants qui peuvent avoir tendance à surestimer leur taille et sous-estimer leur poids.

Depuis 2020, les enfants et jeunes qui souffrent de surpoids ou d'obésité peuvent bénéficier du remboursement d'un traitement diététique, et, depuis 2023, bénéficier d'un accompagnement multidisciplinaire dans un centre pédiatrique multidisciplinaire de l'obésité (CPMO).

Monsieur le ministre,

- Disposez-vous de données sur le nombre de prise en charge des enfants et adolescents par un diététicien, remboursées par l'INAMI, depuis sa mise en œuvre?

-Disposez-vous d'une évaluation de cette mesure (notamment en termes de statut pondéral des enfants et jeunes concernés)? Si oui, pourriez-vous nous en communiquer les conclusions? Si non, une telle évaluation est-elle envisagée?

- Disposez-vous de données sur l'accompagnement multidisciplinaire des enfants et adolescents dans les CPMO (nombre de trajets de soins, évaluation de l'impact de cet accompagnement sur le statut pondéral de ces enfants et jeunes,...)?

Je vous remercie pour vos réponses.

14.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Merci, monsieur le représentant. En ce qui concerne la prestation n° 794916, libellée "indication diététique individuelle pour un enfant souffrant de surpoids ou d'obésité d'une durée minimale de 60 minutes", 3 058 cas uniques ont été enregistrés en 2024 et 2 683 en 2025. Aucune évaluation de cette mesure n'est prévue à ce jour.

En ce qui concerne l'accompagnement multidisciplinaire des enfants et adolescents dans les Centres pédiatriques multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité (CPMO), pour la période allant du 1^{er} décembre 2023 au 30 septembre 2025, on dénombre 2 370 cas uniques.

La convention prévoit un système d'enregistrement des données, afin d'évaluer le fonctionnement des CPMO et leur impact sur le statut pondéral de ces enfants et jeunes. Le premier rapport est encore en cours d'élaboration. Il a pris plus de temps que prévu parce que plusieurs problèmes sont survenus concernant l'enregistrement correct des données. Pour moi, cela a été une initiative importante. J'espère donc que cela prendra de l'ampleur.

14.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci pour votre réponse.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

15 Questions jointes de

- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accompagnement des adultes en situation de surpoids ou d'obésité" (56017558C)

- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière d'obésité" (56017556C)

15 Samengevoegde vragen van

- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De begeleiding van volwassenen met overgewicht of obesitas" (56017558C)

- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het beleid rond obesitas" (56017556C)

15.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): *Monsieur le ministre, l'obésité est un problème majeur de santé publique car elle est responsable de nombreux problèmes de santé et a un impact important sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Elle est associée à de nombreuses maladies chroniques (diabète, maladies cardiovasculaires, certains cancers). Ces complications font de l'obésité*

un facteur de risque de mortalité précoce.

L'Enquête nationale sur la consommation alimentaire 22-23 nous apprend que 36 % des adultes sont en situation de surpoids et 22 % en situation d'obésité. L'enquête de Santé 2023-24 menée par Sciensano nous apprend que "Depuis 2001, la prévalence du surpoids chez les adultes a augmenté de manière significative et linéaire, passant de 44,5 % en 2001 à 49,7 % en 2023-2024.". Les différences dans les taux de prévalence entre les deux enquêtes peuvent s'expliquer par la méthode de collecte de données. Dans la VCP, le poids et la taille sont mesurés objectivement, tandis que dans l'enquête de santé, ils sont déclarés par les participants qui peuvent avoir tendance à surestimer leur taille et sous-estimer leur poids.

Depuis 2020, les enfants et jeunes qui souffrent de surpoids ou d'obésité peuvent bénéficier du remboursement d'un traitement diététique, et, depuis 2023, d'un trajet de soins et d'un accompagnement multidisciplinaire dans un centre pédiatrique multidisciplinaire de l'obésité.

Monsieur le ministre, s'il est clair que le surpoids et l'obésité des enfants doit être une priorité de nos politiques de santé, nous ne pouvons pas passer sous silence la situation de la population adulte. Je souhaite dès lors vous poser les questions suivantes: envisagez-vous de rembourser le suivi, par un diététicien, des adultes en situation de surpoids ou d'obésité? Envisagez-vous la création d'un trajet de soins multidisciplinaires pour ces patients à l'image de ce qui existe pour les mineurs? Envisagez-vous le remboursement de traitements médicamenteux pour cette population? Comment voyez-vous la place du médecin généraliste dans l'accompagnement de ces patients? Quand les résultats de l'étude du KCE intitulée "Mise à jour et implémentation d'un guide de pratique clinique sur la prise en charge multidisciplinaire, en première ligne, de l'obésité chez l'adulte" seront-ils disponibles?

15.02 **Minister Frank Vandenbroucke:** Er was ook een samengevoegde vraag van mevrouw Muylle, maar zij moest vertrekken. Ik zal haar vragen evenwel ook beantwoorden.

Er zijn momenteel voorbereidende gesprekken gaande tussen het RIZIV, de FOD Volksgezondheid en mijn kabinet over de aanpak van obesitas bij volwassenen. Er zijn overigens eerste contacten gelegd met de wetenschappelijke vereniging BASO (Belgian Association for the Study of Obesity) om de aanpak van obesitas en overgewicht in België te bespreken, zowel bij kinderen en adolescenten als bij volwassenen.

Het is dus nog wat vroeg om uw vragen te beantwoorden, aangezien mijn teams die momenteel bestuderen. Wie moet welke persoon behandelen binnen welke zorglijn? Welke prestaties moeten we terugbetalen en onder welke voorwaarden? Welke rol spelen medicamenteuze behandelingen?

En effet, l'obésité est une affection multifactorielle nécessitant une approche multidisciplinaire, individualisée et non stigmatisante.

Dans ce contexte, les prestataires de soins que vous mentionnez me semblent en effet avoir un rôle à jouer. Le médecin généraliste joue un rôle central dans l'accompagnement de la personne. Il assure la coordination de la prise en charge multidisciplinaire et l'oriente, si nécessaire, vers des soins plus spécialisés.

Les diététiciens contribuent, quant à eux, à accompagner la personne dans l'adoption de nouvelles habitudes alimentaires. Les modalités pratiques de cette intervention n'ont toutefois pas encore été arrêtées.

L'étude du KCE que vous mentionnez est bien prévue, mais elle n'a pas encore été concrètement planifiée. À ce stade, ni sa date de lancement ni sa date d'achèvement ne sont hélas fixées. Sa programmation interviendra au cours des prochains mois, en fonction des autres projets en cours au sein du KCE.

Aan mevrouw Muylle zou ik moeten zeggen dat het commissiesecretariaat mij liet weten dat de resolutie nog niet gedrukt is. Ik heb die dus nog niet kunnen inkijken. Voorlopig ga ik mij er dus nog niet over uitspreken.

15.03 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre. Au cas où, si vos équipes

cherchent encore des réponses à mes questions, sachez que j'ai déposé une proposition de résolution de lutte contre l'obésité, qui sera prise en considération ce jeudi. Si cela peut aider votre équipe, qu'elle n'hésite pas à s'en inspirer.

Vous savez que l'obésité est un problème de santé majeur, puisque, actuellement, un adulte sur cinq est obèse; et on prévoit qu'en 2030, ce serait un sur trois. Actuellement, l'impact de l'obésité sur le budget des soins de santé est évalué à 4,5 milliards d'euros. C'est vraiment énorme. Nous ne pouvons pas, monsieur le ministre, ne pas nous en préoccuper.

J'ai récemment participé à un colloque sur le sujet. C'était intéressant d'échanger. Il y a un trajet de soins en diabétologie, vous le savez bien. Il est assez similaire à ce que nous pourrions adopter sur l'obésité, surtout que les équipes multidisciplinaires existent déjà.

Je voudrais aussi revenir sur les traitements analogues du GLP-1. Vous connaissez bien ces molécules. Elles sont quand même efficaces. Je dois dire que je ne comprends pas pourquoi nous n'essayons pas. Je sais que tout cela a certainement un coût. C'est un budget, mais le coût de l'obésité est énorme aussi.

Nous remboursons bien des traitements coûteux contre le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, le cholestérol. Je pense qu'il faut aussi évoluer et permettre à une certaine partie de la population obèse d'avoir aussi l'accompagnement de ces traitements.

La chirurgie bariatrique coûte actuellement entre 5 000 et 8 000 euros par intervention, dans des cas bien définis d'obésité morbide accompagnée de trois facteurs de comorbidité. Pourquoi ne pourrions-nous pas nous en inspirer, par exemple, pour permettre le remboursement de ces traitements? Nous avons des retours. L'efficacité est connue. Il y a des implications positives pour d'autres problèmes de santé, comme les maladies rénales et autres. Je ne vais pas développer ici.

Ces analogues de la GLP-1 sont sans doute des molécules qui ont un avenir important dans la prise en charge de l'obésité, et peut-être même dans d'autres maladies. En tout cas, en tant que médecin, j'y suis fortement favorable.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n° 56015883C et n° 56015884C de Mme Irina De Knop sont reportées.

16 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La simplification administrative pour les prestataires de soins" (56015892C)

16 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De administratieve vereenvoudiging voor zorgverstrekkers" (56015892C)

16.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, les prestataires de soins passent énormément d'heures à gérer des tâches administratives. Face à cette situation, on sait que l'accord de gouvernement prévoit une simplification administrative d'envergure visant l'application du principe "only once". D'ailleurs, dans votre note de politique générale 2026, vous avez indiqué qu'un groupe de travail allait être mis en place, et nous en avons également parlé lors des débats relatifs à la *task force* Simplification administrative.

À propos de celle-ci, j'aurais aimé savoir si vous pouviez nous éclairer sur sa composition, son agenda, sur le travail déjà réalisé et sur la façon dont elle va travailler à court terme, car cela me semble urgent. Comment les prestataires concernés sont-ils impliqués dans le travail de cette *task force*? Quand pouvons-nous espérer les premières mesures concrètes de simplification administrative pour l'ensemble des prestataires de soins?

16.02 Frank Vandenbroucke, ministre: S'agissant de votre première question, il existe deux *task forces* chargées de la réduction de la charge administrative, dont la mission est de donner une voix à la fois aux parties prenantes représentant les travailleurs et les employeurs, et aux parties prenantes

des différentes professions concernant le caractère utile ou inutile de certaines obligations administratives.

La *task force* des partenaires sociaux réunit des représentants des employeurs et des représentants des travailleurs. Elle représente l'ensemble du personnel salarié travaillant dans un établissement de soins. La *task force* des prestataires de soins est organisée par l'intermédiaire du Comité de l'assurance de l'INAMI et, le cas échéant, les commissions d'accords et de conventions qui en dépendent, au sein desquelles siègent les fédérations professionnelles. Il s'agit donc d'un forum au sein duquel les représentants des deux groupes peuvent signaler des difficultés de nature administrative, technique ou réglementaire, et ces difficultés peuvent être examinées et discutées. L'objectif est de parvenir par consensus à un accord sur la voie à suivre concernant ces difficultés: maintien, suppression ou modification.

S'agissant de votre deuxième question, les deux *task forces* ont été lancées début 2026. La *task force* des partenaires sociaux a déjà tenu deux réunions, au cours desquelles une liste de points de blocage générant une charge administrative élevée a été établie. Pour plusieurs de ces points, des solutions possibles ont déjà été formulées. Il a été déterminé si celles-ci relèvent plutôt du maintien, de la réforme ou de la suppression. Chaque point de blocage a été attribué au groupe de travail Charge administrative et aux administrations concernées, par exemple l'INAMI, la HDA (*Health Data Agency*), etc.

Tant le groupe de travail que les administrations ont pour mission de préparer une analyse de fond sur l'utilité et l'objectif des obligations administratives en question. Les propositions de la *task force* incluent également des pistes d'amélioration structurelle, tels le recours à l'intelligence artificielle et à l'automatisation. La *task force* des prestataires de soins a élaboré une liste de priorités en matière de simplification administrative pour les différentes associations professionnelles. Pour une partie des points de blocage identifiés, des propositions ont déjà été formulées et intégrées dans les nouvelles conventions et les nouveaux accords conclus à la fin de l'année 2026. D'autres propositions doivent encore faire l'objet d'une évaluation et, le cas échéant, être priorisées.

Concernant votre troisième question, les points de blocage identifiés seront analysés sur le plan technique par les administrations compétentes et par le groupe de travail chargé de l'administratif, afin d'en évaluer la faisabilité ainsi que les étapes à entreprendre en matière de simplification, de révision ou de suppression. Sur la base de ces analyses techniques, les *task forces* approfondiront les propositions et les présenteront à la cellule stratégique du ministre.

Concernant votre quatrième question, je crois y avoir déjà répondu. Concernant votre cinquième question, les *task forces* s'efforceront de présenter le résultat de leurs travaux au ministre des Affaires sociales et de la Santé publique après un an. Un rapport semestriel sera également présenté au Comité de l'assurance. Par la suite, il est prévu que je fasse un retour aux *task forces* sur les propositions six mois après leur remise, afin de dresser un état des lieux des modalités selon lesquelles il pourra être donné suite aux demandes formulées par celles-ci.

16.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre. Je pense que nous sommes tous deux convaincus qu'un médecin ou un prestataire de soins qui est déchargé de ses tâches administratives répétitives deviendra meilleur et sera beaucoup plus disponible pour les patients.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: La question n° 56015905C de Mme Irina De Knop tombe.

17 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La place pour la voix du patient dans la politique fédérale de lutte contre le cancer" (56015912C)

17 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stem van de patiënt die gehoord moet worden in het federale kankerbestrijdingsbeleid" (56015912C)

17.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, le rapport Patient and Public Involvement and Engagement (PPIE) in Cancer Policy and Governance, publié dans le cadre du projet européen

ECHoS, met en évidence des disparités importantes entre pays européens quant à l'intégration des patients dans la gouvernance des politiques de lutte contre le cancer. Ce rapport rappelle un principe essentiel: la qualité d'un système de santé ne peut être pleinement évaluée sans intégrer l'expérience, l'expertise et la voix des patients.

Or, concernant la Belgique, si ce rapport cite comme exemple positif le travail du Patient Expert Center, qui propose des formations aux patients, on constate qu'il reste du chemin à parcourir pour mieux impliquer les patients.

En avril dernier, vous étiez interrogé par mon collègue Jean-François Gatelier au sujet du nouveau Plan Cancer et vous avez répondu que "depuis plus d'un an, les travaux sont menés par Sciensano, le SPF Santé publique et l'INAMI, en collaboration avec les soignants, les patients et les associations relatives au cancer, les chercheurs, ainsi que les cabinets et administrations des entités fédérées".

Monsieur le ministre, partagez-vous le constat du rapport européen sur les lacunes de notre système en matière d'implication structurée des patients dans la politique de lutte contre le cancer?

Pourriez-vous nous éclairer sur la façon dont les patients ont été impliqués concrètement dans l'élaboration du nouveau Plan Cancer?

Quelles mesures concrètes envisagez-vous pour améliorer l'implication et la prise en compte du vécu des patients dans l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques en matière de lutte contre le cancer? Et avec quels moyens?

17.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les constats du rapport européen, madame Ramlot, sont importants, et appellent à une attention particulière. L'implication des patients est un élément essentiel pour renforcer la qualité de nos politiques de santé, que ce soit en oncologie ou dans d'autres domaines. Ce rapport met en lumière des pistes de réflexion pertinentes.

Dans la réflexion et l'élaboration de l'organisation des soins de demain, mon cabinet a pour habitude d'impliquer les patients. Dans le cadre du nouveau Plan Cancer, les patients ont été impliqués de manière concrète. Leurs représentants ont participé à des *workshops* thématiques spécifiques organisés afin de recueillir l'ensemble des contributions des parties prenantes et ce, au même titre que des soignants, chercheurs ou encore membres des cabinets ou administrations chargés de la Santé.

Parallèlement, plusieurs discussions ont également eu lieu au cours de la dernière année au cabinet, entre mes équipes et différentes associations de patients et de familles de patients atteints de cancer. Tous ces échanges ont permis d'intégrer leur vécu et leur expertise dans la construction du plan. Par ailleurs, le travail d'analyse mené par les administrations fédérales a également valorisé les apports des patients développés précédemment à ces workshops.

Il convient également de souligner le rôle des *mirror groups* belges du European Beating Cancer Plan, coordonnés par Sciensano, où patients et autres acteurs contribuent à l'élaboration de positions communes en matière de cancer. Nous travaillons aujourd'hui à renforcer l'implication des patients dans le suivi du plan cancer. Des réflexions sont en cours pour structurer davantage cette participation. Il s'agit en définitive de construire avec les patients des politiques de santé plus pertinentes, mieux ancrées dans leur réalité et donc plus efficaces dans leur résultat.

17.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre. Nous sommes tous deux cette fois-ci encore convaincus que le patient – et cela, je le vis au quotidien dans mon officine – atteint d'une maladie, que ce soit le cancer ou une autre, est devenu un véritable expert de sa propre maladie. Ce serait vraiment dommage de ne pas tenir compte des choses qu'ils peuvent apporter à la science et aux médecins eux-mêmes, qui connaissent la théorie. Mais il est vrai que vivre la maladie est tout autre chose et c'est vraiment une belle place qu'on peut donner aux patients pour faire progresser tout le monde dans le bon sens.

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

La **présidente**: Les questions n° 56015935C de Mme Kathleen Depoorter et n° 6015940C de M. Daniel

Bacquelaine sont reportées.

18 Question de Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les médecins radiés qui continuent à exercer en Europe" (56015964C)

18 Vraag van Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Geroyeerde artsen die blijven praktiseren in Europa" (56015964C)

18.01 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, j'avais introduit une question à la suite d'une enquête qui avait été menée par plusieurs médias européens qui mettaient en lumière des failles préoccupantes dans le contrôle des praticiens de santé au sein de l'Union européenne.

Des médecins condamnés, suspendus ou radiés dans leur pays d'origine auraient pu poursuivre leur carrière dans d'autres États membres, notamment chez nous. À l'inverse, certains praticiens radiés en Belgique auraient continué à exercer à l'étranger sans difficulté apparente. Cela soulève forcément une question essentielle: celle de la sécurité des patients.

Aujourd'hui, lorsqu'un hôpital belge recrute un médecin étranger, il vérifie principalement la reconnaissance du diplôme, l'obtention d'un numéro INAMI et l'inscription à l'Ordre des médecins. Toutefois, ces démarches ne permettent pas toujours d'identifier d'éventuelles sanctions disciplinaires prises dans un autre État membre. La directrice médicale du CHwapi expliquait ainsi ne disposer d'aucun moyen de vérifier si un praticien roumain, portugais ou grec avait déjà été suspendu ou radié dans son pays.

Pourtant, un outil européen existe: le système d'Information du Marché intérieur (IMI), destiné précisément à l'échange d'informations entre États membres concernant les professions réglementées. Selon cette enquête, le SPF Santé publique aurait très peu consulté cette plateforme ces dernières années.

Pouvez-vous confirmer ce qui a été mis en évidence par cette enquête? Combien d'alertes concernant des médecins sanctionnés à l'étranger ont-elles été reçues par la Belgique ces cinq dernières années? Pour quelles raisons le système IMI semble-t-il avoir été si peu utilisé par notre administration? Des contrôles systématiques des antécédents disciplinaires des médecins étrangers seront-ils désormais imposés avant toute autorisation d'exercer en Belgique? Enfin, quelles initiatives la Belgique entend-elle prendre au niveau européen afin d'améliorer l'échange automatique d'informations entre autorités sanitaires et éviter qu'un praticien radié dans un pays puisse simplement poursuivre sa carrière dans un autre?

18.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, chère Ludivine, ces questions ont fait l'objet de questions et d'interpellations à plusieurs reprises au cours des dernières semaines. Le 2 juin, lors de la réunion de questions-réponses, ainsi que le 4 juin, lors des interpellations en séance plénière, j'ai présenté l'état d'avancement le plus récent concernant le dossier et, à vrai dire, je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai déjà dit.

J'espère que vous ne m'en voudrez pas de ne pas me répéter et de vous renvoyer à ces réponses qui figurent dans les comptes rendus, car il n'y a rien eu de neuf depuis lors.

18.03 **Ludivine Dedonder** (PS): Monsieur le ministre, j'étais moi-même étonnée que cette question ait été maintenue à l'ordre du jour et, puisqu'elle y figurait, je vous l'ai posée. Je m'adresse donc au secrétariat afin peut-être de l'intégrer pour éviter un double travail.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 30.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.30 uur.