CRIV 56 **COM 496**

DE KAMER BE
LA CHAMBRE BE

NIET CITEREN ZONDER BRONVERMELDING
De definitieve versie bevat ook de integrale vertaling. De bijlagen zijn in een aparte brochure opgenomen.

NE PAS CITER SANS MENTIONNER LA SOURCE
La version définitive comprend aussi la traduction intégrale. Les annexes sont reprises dans une brochure séparée.

BELGISCHE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS DE BELGIQUE

VOORLOPIG VERSLAG

COMPTE RENDU PROVISOIRE

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

Woensdag

04-11-2026

Namiddag

Mercredi

04-11-2026

Après-midi

De teksten werden nog niet door de sprekers nagezien. Zij kunnen hun correcties schriftelijk meedelen vóór

09-11-2026, om 16 uur

aan de Dienst Integraal Verslag.

e-mail: CRIV@dekamer.be

Les textes n'ont pas encore été révisés par les orateurs. Ceux-ci peuvent communiquer leurs corrections par écrit avant le

09-11-2026, à 16 heures

au Service du Compte rendu intégral.

e-mail: CRIV@lachambre.be

N-VA	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
VB	*Vlaams Belang*
MR	*Mouvement Réformateur*
PS	*Parti Socialiste*
PVDA-PTB	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Les Engagés	*Les Engagés*
Vooruit	*Vooruit*
cd&v	*Christen-Democratisch en Vlaams*
Ecolo-Groen	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
Anders.	*Anders.*
DéFI	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
INDEP-ONAFH	*Indépendant – Onafhankelijk*

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :		*Abréviations dans la numérotation des publications :*	
DOC 56 0000/000	*Parlementair stuk van de 56e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*	*DOC 56 0000/000*	*Document parlementaire de la 56e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif*
QRVA	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*	*QRVA*	*Questions et Réponses écrites*
CRIV	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*	*CRIV*	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*
CRABV	*Beknopt Verslag*	*CRABV*	*Compte Rendu Analytique*
CRIV	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*	*CRIV*	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*
PLEN	*Plenum*	*PLEN*	*Séance plénière*
COM	*Commissievergadering*	*COM*	*Réunion de commission*
MOT	*Moties tot besluit van interpellaties (op beigekleurig papier)*	*MOT*	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/549 81 60
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/549 81 60
www.lachambre.be
e-mail : publications@lachambre.be

INHOUD

Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan oestrogeenpleisters voor vrouwen in de menopauze" (56018466C) 1
Sprekers: **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 3
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Kinesitherapie zonder doktersvoorschrift" (56018933C) 3
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De directe toegang tot kinesitherapie" (56019028C) 3
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De invoering van een rechtstreekse toegang tot de kinesitherapie" (56019172C) 3
Sprekers: **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 5
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De door artsen-specialisten uitgevoerde matige sedatie" (56018784C) 5
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Gas-tro-sco-pie onder lichte sedatie" (56019307C) 5
Sprekers: **Daniel Bacquelaine**, **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 7
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanwervingsproblemen in de centra voor gezinsplanning" (56018990C) 7
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het massale vertrek van psychologen uit de centra voor gezinsplanning" (56018992C) 7
Sprekers: **Julie Taton**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en

SOMMAIRE

Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de patchs d'oestrogènes pour les femmes menopausées" (56018466C) 1
Orateurs: **François De Smet**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 2
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès à la kinésithérapie sans prescription médicale" (56018933C) 2
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès direct à la kinésithérapie" (56019028C) 3
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'instauration d'un accès direct à la kinésithérapie" (56019172C) 3
Orateurs: **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 5
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sédation modérée pratiquée par des médecins spécialistes" (56018784C) 5
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les gastroscopies réalisées sous sédation modérée" (56019307C) 5
Orateurs: **Daniel Bacquelaine**, **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 7
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les difficultés de recrutement dans les centres de planning familial" (56018990C) 7
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fuite des psychologues dans les centres de planning familial" (56018992C) 7
Orateurs: **Julie Taton**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires

minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Zorgpersoneelfonds" (56018785C) 8

Sprekers: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het kadaster van de zorgverstrekkers" (56019029C) 9

Sprekers: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overleg tussen artsen en apothekers" (56019034C) 10

Sprekers: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De diagnose en behandeling van slaapapneu" (56019035C) 12

Sprekers: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Health in All Policies" (56019037C) 12

Sprekers: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Reakiro" (56019070C) 13

Sprekers: **Els Van Hoof**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en

sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Fonds blouses blanches" (56018785C) 8

Orateurs: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le cadastre des prestataires de soins" (56019029C) 9

Orateurs: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La concertation médico-pharmaceutique" (56019034C) 10

Orateurs: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le diagnostic et le traitement des apnées du sommeil" (56019035C) 11

Orateurs: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Health in All Policies" (56019037C) 12

Orateurs: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Reakiro" (56019070C) 13

Orateurs: **Els Van Hoof**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé

Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeltermijn en de orale vaste antibiotica" (56019071C) 15

Sprekers: **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La durée de traitement et les antibiotiques solides à avaler" (56019071C) 15

Orateurs: **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Patiënteninformatie en het gebruik van AI bij medische consulten" (56019167C) 16

Sprekers: **Jean-François Gatelier**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'information du patient et l'utilisation de l'IA lors des consultations médicales" (56019167C) 16

Orateurs: **Jean-François Gatelier**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Luchthavenmalaria en de surveillance van door muggen overgedragen infecties" (56019171C) 18

Sprekers: **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le paludisme d'aéroport et la surveillance des infections transmises par les moustiques" (56019171C) 18

Orateurs: **Dominiek Sneppe**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het toezicht op het verbod op de verkoop van lachgas aan minderjarigen" (56019235C) 20

Sprekers: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle de l'interdiction de vente du protoxyde d'azote aux mineurs" (56019235C) 20

Orateurs: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 21

- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rechtszekerheid voor zelfstandige thuisverpleegkundigen bij controles door ziekenfondsen" (56019240C) 21
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verplichte eID-inlezing voor thuisverpleegkundigen" (56019254C) 21
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen fraude in de thuisverpleegkunde" (56019384C) 21

Questions jointes de 21

- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sécurité juridique des infirmiers à domicile indépendants lors des contrôles des mutualités" (56019240C) 21
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'obligation de lecture de la carte eID par les infirmiers à domicile" (56019254C) 21
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre la fraude dans le domaine des soins infirmiers à domicile" (56019384C) 21

Sprekers: **Dominiek Sneppe**, **Nawal Farih**, voorzitster van de cd&v-fractie, **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Orateurs: **Dominiek Sneppe**, **Nawal Farih**, présidente du groupe cd&v, **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Early and Equitable Fast Access (EEFA)-procedure" (56019251C) 24

Sprekers: **Nawal Farih**, voorzitster van de cd&v-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La procédure Early and Equitable Fast Access (EEFA)" (56019251C) 24

Orateurs: **Nawal Farih**, présidente du groupe cd&v, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De samenstelling van de CTG" (56019253C) 25

Sprekers: **Nawal Farih**, voorzitster van de cd&v-fractie, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La composition de la CRM" (56019253C) 25

Orateurs: **Nawal Farih**, présidente du groupe cd&v, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Jongeren die een tandartsbezoek uitstellen of afzien van tandzorg" (56019222C) 27

Sprekers: **Sarah Schlitz**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le renoncement ou report des jeunes à aller chez le dentiste" (56019222C) 27

Orateurs: **Sarah Schlitz**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Verplichte verslavingszorg als voorwaarde voor de toekenning van een leefloon" (56019223C) 28

Sprekers: **Sarah Schlitz**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "?Le conditionnement du RIS à un traitement pour les addictions du bénéficiaire" (56019223C) 28

Orateurs: **Sarah Schlitz**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De detectie van fraude in de tandheelkunde" (56019312C) 29

Sprekers: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La détection des fraudes en dentisterie" (56019312C) 29

Orateurs: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Samengevoegde vragen van 30

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een nationaal kader 30

Questions jointes de 30

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un cadre national 30

voor de concentratie van complexe kankerzorg" (56019362C)
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De borstklinieken" (56020032C) 30
Sprekers: **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De datadeling door het IMA" (56019387C) 31
Sprekers: **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle op de pathologieregistratie in ziekenhuizen" (56019507C) 33
Sprekers: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Samengevoegde vragen van 34
- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nationaal actieplan ter bestrijding van hart- en vaatziekten" (56019518C) 34
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nationaal plan voor hart- en vaatgezondheid en de invoering van een CVA-register" (56019703C) 34
- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Hart- en vaatziekten als indicator van de ongelijkheid op het gebied van gezondheid" (56019835C) 34
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken van het beleid omtrent hart- en vaatziekten" (56019865C) 34
Sprekers: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De tenuitvoerlegging van het meerjarenplan 35

visant à concentrer les soins oncologiques complexes" (56019362C)
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cliniques du sein" (56020032C) 30
Orateurs: **Jan Bertels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le partage de données par l'AIM" (56019387C) 32
Orateurs: **Kathleen Depoorter**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle de l'enregistrement des pathologies dans les hôpitaux" (56019507C) 33
Orateurs: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Questions jointes de 34
- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan d'action national de lutte contre les maladies cardiovasculaires" (56019518C) 34
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan national pour la santé cardiovasculaire et la mise en place d'un registre AVC" (56019703C) 34
- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les maladies cardiovasculaires en tant que marqueur d'inégalités de santé" (56019835C) 34
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le point sur la politique en matière de maladies cardiovasculaires" (56019865C) 34
Orateurs: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mise en oeuvre du plan pluriannuel Appropriate 35

Appropriate Care" (56020354C)
Sprekers: **Jean-François Gatelier**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steunmaatregelen voor patiënten die te maken krijgen met de gevolgen van kanker(behandelingen)" (56020355C) 36
Sprekers: **Jean-François Gatelier**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rol van zorgverleners bij de herkenning van kindermishandeling" (56019565C) 37
Sprekers: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Aangepaste gezondheidscentra voor personen met een handicap" (56019573C) 39
Sprekers: **Hervé Cornillie**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gespecialiseerde voetverzorging" (56019586C) 40
Sprekers: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding

Care" (56020354C)
Orateurs: **Jean-François Gatelier**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures de soutien aux personnes confrontées aux conséquences du cancer et de ses traitements" (56020355C) 36
Orateurs: **Jean-François Gatelier**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rôle des prestataires de soins dans le dépistage de la maltraitance d'enfants" (56019565C) 37
Orateurs: **Frieda Gijbels**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Des centres de santé adaptés aux personnes en situation de handicap" (56019573C) 39
Orateurs: **Hervé Cornillie**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pédicure spécialisée" (56019586C) 40
Orateurs: **Carmen Ramlot**, **Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 4 NOVEMBER 2026

Namiddag

_____

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MERCREDI 4 NOVEMBRE 2026

Après-midi

_____

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 11 et présidée par M. Jean-François Gatelier.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.11 uur en voorgezeten door de heer Jean-François Gatelier.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.
De teksten die cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

01 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de patchs d'oestrogènes pour les femmes menopausées" (56018466C)
01 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan oestrogeenpleisters voor vrouwen in de menopauze" (56018466C)

01.01 **François De Smet** (DéFI): Monsieur le président, je renvoie au texte de ma question déposée.

De Morgen publie le 1er septembre 2026, dans sa rubrique « Welzijn », une enquête sur la pénurie de patchs d'œstrogènes qui pèse sur les femmes ménopausées, illustrée par ce témoignage : sans traitement, « mon corps est comme celui de quelqu'un d'autre ».

Il y est relevé que, sous chaque notification d'indisponibilité, la base indique qu'« une adaptation du traitement est possible », mention que les prescripteurs interrogés jugent déconnectée de la réalité clinique, l'équivalence entre spécialités hormonales n'étant ni immédiate ni sans effets pour les patientes.

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

1° S'il confirme la durée de l'indisponibilité du Dermestril telle qu'elle ressort de la base de données de l'AFMPS, et pouvez-vous en préciser les causes — capacité de production, décisions du titulaire, exportation parallèle ?

3° La source réglementaire selon laquelle la mention « une adaptation du traitement est possible » est apposée automatiquement dans la base de données, et si cette mention a-t-elle fait l'objet d'une validation par le Conseil supérieur de la Santé ou par les sociétés scientifiques de gynécologie ?

4° Si le plan d'action de l'AFMPS en matière de pénuries est évalué ?

5° Comment le dispositif belge s'articule avec le groupe de pilotage des pénuries institué par le règlement (UE) 2022/123, et si la Belgique a saisi l'Agence européenne des médicaments de ce cas précis ?

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur De Smet, l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) suit activement et depuis longtemps les indisponibilités des différentes spécialités Dermestril et est en contact régulier à ce sujet avec le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, Besins Healthcare, ainsi qu'avec ses consultants d'InfarAMA.

Les raisons officielles telles que communiquées par l'entreprise lors de la notification de l'indisponibilité temporaire sont – je cite – "un retard dans la production et un retard dans la libération du produit final". L'AFMPS a demandé à plusieurs reprises des informations complémentaires concernant les causes des indisponibilités, les

livraisons prévues et les mesures envisagées pour rétablir la disponibilité des produits.

La solution proposée via PharmaStatut, à savoir qu'une adaptation du traitement est possible, ne résulte pas d'une disposition réglementaire spécifique, mais de l'évaluation réalisée par l'AFMPS pour chaque indisponibilité au moyen d'un arbre décisionnel tenant compte de la durée de l'indisponibilité, de l'importance thérapeutique du médicament concerné et de la disponibilité d'alternatives.

Dans le cas des spécialités Dermestril, l'évaluation initiale réalisée concluait qu'une adaptation du traitement était possible, notamment par le recours à d'autres formes d'administration transdermique de l'estradiol, telles que les gels ou les sprays. Dans certains cas, l'administration par voie orale peut également être utilisée. À la suite de nouveaux signaux provenant du terrain, l'AFMPS a toutefois demandé une réévaluation de cet avis.

Les experts consultés ont indiqué que les alternatives disponibles ne constituaient pas une solution adéquate pour toutes les patientes. En effet, l'absorption de l'estradiol peut varier d'une personne à l'autre, de sorte qu'un passage vers une autre forme pharmaceutique ne permet pas toujours d'obtenir un effet thérapeutique équivalent. Compte tenu de ces éléments, l'information publiée par PharmaStatut a été remplacée par la solution – je cite – "importation par le pharmacien possible", afin de mieux refléter la réalité clinique rapportée par les professionnels de la santé et les patientes.

Vous me demandez quel est le plan d'action. À vrai dire, la notion de plan d'action n'est pas très claire. Ces dernières années, diverses mesures ont été mises en œuvre pour prévenir les pénuries de médicaments et en limiter l'impact. Toute nouvelle mesure est examinée au sein du groupe de travail sur les indisponibilités qui réunit les parties prenantes concernées et les autorités publiques.

Chaque indisponibilité de plus d'un mois est évaluée par l'AFMPS au moyen d'un arbre décisionnel tenant compte de la durée de l'indisponibilité, de l'importance thérapeutique du médicament et de la disponibilité de solutions alternatives. Les mesures les plus appropriées sont ensuite mises en œuvre afin de garantir la continuité des soins.

Pour les indisponibilités les plus critiques, une task force réunissant l'AFMPS, des experts externes et les autorités concernées peut être mise en place afin de formuler des recommandations et de coordonner les mesures nécessaires. Par ailleurs, plusieurs mesures structurelles ont été adoptées ces dernières années, dont la substitution par le pharmacien en cas d'indisponibilité, le contrôle des exportations de médicaments en cas de pénurie critique, l'élargissement des possibilités d'importation et l'intervention de l'INAMI dans certains coûts liés à la délivrance des médicaments importés.

Enfin, l'AFMPS investit dans un meilleur suivi de la disponibilité des médicaments grâce au *stock monitoring tool*. Les stocks d'une sélection de médicaments seront suivis afin de détecter plus rapidement les risques de pénurie et de permettre la mise en œuvre rapide de mesures appropriées.

L'AFMPS évalue chaque pénurie au niveau national. Les pénuries critiques susceptibles de nécessiter une coordination européenne peuvent être examinées au sein du Single Point of Contact (SPOC) Working Party et, le cas échéant, du Executive Steering Group on Shortages and Safety of Medicinal Products (MSSG) institué par le règlement européen 2022/123.

Dans le cas de Dermestril, il s'agit effectivement d'une pénurie critique étant donné que les alternatives disponibles en Belgique n'offrent pas un effet thérapeutique équivalent pour toutes les patientes. Les pharmaciens peuvent toutefois importer un médicament équivalent depuis l'étranger. Comme cette solution existe, cette pénurie n'a pas été, à ce stade, remontée au niveau européen.

01.03 **François De Smet** (DéFI): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse exhaustive, complète et circonstanciée, comme souvent, il faut le reconnaître. Cette réponse est relativement rassurante quant à ces stocks et à la prévention des futures pénuries, question qui angoisse un grand nombre de femmes ménopausées. Je pense donc que cela valait la peine de poser cette question ici.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès à la kinésithérapie sans prescription médicale" (56018933C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la

Lutte contre la pauvreté) sur "L'accès direct à la kinésithérapie" (56019028C)
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'instauration d'un accès direct à la kinésithérapie" (56019172C)
02 Samengevoegde vragen van
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Kinesitherapie zonder doktersvoorschrift" (56018933C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De directe toegang tot kinesitherapie" (56019028C)
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De invoering van een rechtstreekse toegang tot de kinesitherapie" (56019172C)

02.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, er zijn verschillende vragen over de rechtstreekse toegang tot de kinesitherapie. Ik heb geprobeerd die enigszins te bundelen, maar het zal niet vanzelfsprekend zijn om niet te chaotisch over te komen

Eerst en vooral wil ik het hebben over de praktische uitvoerbaarheid en de garanties bij de invoering van de rechtstreekse toegang tot de kinesitherapie. Dat is mijn eerste, eigenlijk samenvattende vraag. Wat we vóór het herfstreces nog bejubelden als een grote stap voorwaarts in de kinesitherapie en als een historische stap, blijkt nu toch voor enig ongemak binnen de sector te zorgen.

Ten eerste zijn er de strikte diplomavoorwaarden, namelijk het masterdiploma niveau 7. De beroepsvereniging van kinesitherapeuten trekt aan de alarmbel. Een grote groep ervaren en destijds uitstekend opgeleide kinesitherapeuten, namelijk de vroegere gegradueerden en ook de bachelors, dreigt daardoor onmiddellijk van die regeling te worden uitgesloten. Dat creëert uiteraard een onaanvaardbaar tweestromenland binnen de kinesitherapie.

Een tweede probleem betreft de beperking tot maximaal zeven sessies per aandoening. Dat roept grote praktische vragen op. De ziekenfondsen waarschuwen immers dat er momenteel geen sluitende realtime digitale teller bestaat in MyCareNet. Als een patiënt van kinesitherapeut verandert, tast de nieuwe therapeut dus in het duister over het resterende aantal sessies. Dat dreigt uiteindelijk te leiden tot administratieve chaos en achteraf geweigerde terugbetalingen voor de patiënt.

Daarnaast is de administratieve belasting als gevolg van de verplichte screening en de digitale meldingsplicht aan de huisarts bijzonder groot voor de kinesitherapeuten. Tegelijk horen we dat de eHealth-platformen nu al met zware IT-storingen kampen.

Hoe zult u garanderen dat ervaren kinesitherapeuten zonder specifiek masterdiploma niet worden gediscrimineerd? Welke laagdrempelige overgangsmaatregelen of instroomtrajecten voorziet u voor hen, of zult u nog voorzien?

Is het MyCareNet-systeem volgens u technisch volledig klaar om vanaf 1 januari 2027 een realtime gedeelde teller voor die zeven sessies te garanderen, zodat administratieve fouten worden voorkomen?

Over die zeven sessies wil ik het in mijn volgende vraag ook hebben. In de reguliere kinesitherapie gaat het telkens om beurten van negen sessies. Waarom wilt u de rechtstreekse toegang beperken tot zeven sessies?

De regeling van negen plus negen, dus twee blokken van negen therapiesessies, is gebaseerd op de medische consensus dat een milde acute musculoskeletale klacht een basisevaluatie en een behandeltermijn van precies negen sessies vereist om een duidelijke klinische verbetering vast te stellen. Indien nodig kan die termijn vervolgens met nog een blok van negen sessies worden verlengd.

Door de directe toegang nu te plafonneren op zeven beurten, wijkt u eigenlijk zonder duidelijke medische grondslag af van de eigen beproefde standaarden. Voorstanders verdedigen zeven beurten als een veiligheidsperiode. Het verlagen van de grens naar zeven lijkt dan ook niet echt te zijn gestoeld op een medisch-wetenschappelijke basis, maar eerder een louter politieke toegeving te zijn aan onder andere artsensyndicaten.

U dwingt de patiënt uiteindelijk om als de klachten na zeven beurten niet afnemen opnieuw naar de huisarts te gaan en via een voorschrift nog twee extra sessies te verkrijgen. Daarmee gaat u eigenlijk voorbij aan uw doel van directe toegang, namelijk de huisartsen ontlasten.

Op basis van welke specifieke wetenschappelijke medische of klinische studie hebt u besloten om de directe toegang te beperken tot zeven

behandelingen, wetende dat de risiconomenclatuur voor courante aandoeningen historisch en statistisch voorziet in behandelblokken van negen sessies?

Als die beslissing niet op wetenschappelijke, medische of klinische studies gebaseerd is, erkent u dan dat de grens van zeven beurten eigenlijk louter een politiek compromis is, dat indruist tegen de medische logica en dat het aantal administratieve consultaties zal doen toenemen, aangezien de huisarts opnieuw zal moeten worden gecontacteerd?

Waarom werd bij het bepalen van de veiligheidsperiode voor directe toegang geen aansluiting gezocht bij het bestaande eerste blok van negen beurten, aangezien de klinische evaluatie, de medische screening en het uitsluiten van pathologieën al tijdens de eerste consultatie plaatsvinden?

Bent u ook bereid om in het kader van administratieve vereenvoudiging en een efficiënte patiëntenflow deze grens in de aanloop naar 1 januari 2027 alsnog op te trekken naar negen behandelingen, zodat de directe toegang in lijn ligt met de bestaande kinesitherapienomenclatuur?

Dan zou ik het nog moeten hebben over de gegradueerde kinesitherapeuten, maar ik denk dat ik voldoende duidelijk heb gemaakt dat dit inderdaad een probleem is. Voor die derde vraag wil ik nog verwijzen naar mijn ingediende vraag.

02.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, ik ben blij dat u zegt dat directe toegang tot kinesitherapie een belangrijke stap vooruit is voor de patiënten en ook voor de zorgverleners.

Met betrekking tot de voorwaarden voor de rechtstreekse toegang wil ik verwijzen naar de antwoorden die ik zeer recent gaf tijdens de tweede lezing van het wetsontwerp, op 7 oktober. Wie uitsluitend een bachelordiploma of een graduaatsdiploma heeft, komt vandaag niet in aanmerking. Het feit dat een opleiding op EQF-niveau 7, met inbegrip van de competenties met betrekking tot directe toegang tot kinesitherapie, wordt gevraagd, volgt uit het gezamenlijk advies van de Federale Raad voor Kinesitherapie en de Hoge Raad van artsen. Het is dus letterlijk terug te vinden in de officiële adviezen, waarnaar de organisaties van kinesitherapeuten ook mensen afvaardigen.

Een proportionaliteitstest is inderdaad gerealiseerd. Die concludeert dat het weerhouden dispositief gerechtvaardigd kan worden op basis van de bescherming van de gezondheid en proportioneel is in verhouding tot de eventuele risico's die ermee gepaard gaan.

Kinesitherapeuten die aan de voorwaarden voldoen, moeten zich eerst registreren vooraleer ze de directe toegang kunnen uitoefenen. Hoeveel kinesitherapeuten dat zullen doen, kan ik natuurlijk niet voorspellen. Via de toepassing Health PRO search zullen patiënten kunnen zien welke kinesitherapeuten zich hebben geregistreerd.

Het aantal van zeven zittingen is naar voren gekomen in de verschillende adviezen die ik ontving. Dat werd finaal ook voorgesteld in het gezamenlijk advies van de Federale Raad voor Kinesitherapie en de Hoge Raad van artsen. Daarbij is ook gekeken naar internationale voorbeelden. Met andere woorden, het is dus helemaal geen politieke beslissing of politiek compromis. Ik baseer mij op de adviezen van de mensen die het veld vertegenwoordigen.

Er wordt inderdaad ook voorzien in een opvolging van de kwaliteit en de impact van deze nieuwe regelgeving, zodat we indien nodig aanpassingen kunnen voorstellen.

Met betrekking tot de afstemming tussen preventieve kinesitherapeutische activiteiten, zoals het Frailty Project, en de regeling voor rechtstreekse toegang, zal een verzoek om aanvullend advies worden ingediend bij de Federale Raad voor Kinesitherapie en de Hoge Raad van artsen.

Au sein de l'INAMI, le Conseil technique de la physiothérapie examine la manière dont cet accès direct serait inclus dans la nomenclature des services de physiothérapie remboursés. Cela n'a pas encore été achevé.

Het ontwerp van koninklijk besluit ligt momenteel voor advies bij de Raad van State en voorziet de inwerkingtreding op 1 januari van volgend jaar.

Omdat de nomenclatuurwerkzaamheden bij het RIZIV en de registratie in eCad nog lopen, verwacht ik dat de eerste toepassing eerder in het voorjaar van 2027 zal plaatsvinden.

02.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Ik wil eerst en vooral opmerken dat het Vlaams Belang voorstander is van de rechtstreekse toegang tot kinesitherapie. We begrijpen echter ook de bezorgdheden van de beroepsorganisatie.

Ik weet dat u daar tijdens de bespreking van het wetsontwerp houdende diverse bepalingen op bent ingegaan. U hebt toen ook gezegd dat er binnen het Verzekeringscomité een brede consensus bestond. We weten allemaal hoe u het begrip breedgedragen consensus invult. Vanuit de beroepsorganisatie vernemen we dat het eigenlijk eerder om een gedwongen aanvaarding ging. Iets toegeven met het mes op de keel lijkt me niet echt een breedgedragen consensus, maar eerder een gedwongen toegift.

Uiteraard willen we dat patiënten sneller en eenvoudiger de juiste zorg krijgen. We willen ook dat bekwame zorgverleners de verantwoordelijkheid kunnen opnemen waarvoor ze zijn opgeleid en waarin ze door jarenlange praktijkervaring en expertise zijn gegroeid. Daarom begrijpen we niet waarom alleen een master niveau 7 in aanmerking komt voor die rechtstreekse toegang, terwijl de vroegere gegradueerden met jarenlange ervaring uit de boot vallen. Het lijkt me ook niet helemaal logisch dat iemand die stagemeester kan zijn voor dergelijke opleidingen het zelf niet zou mogen toepassen. Dat lijkt me volledig van het padje af.

We begrijpen zeker de bezorgdheid van de beroepsorganisaties en de kinesitherapeuten over de positie van de gegradueerden en hun bekwaamheid. Het lijkt ons dan ook veel eerlijker om voor de toegang niet alleen uit te gaan van het diploma, maar ook rekening te houden met de ervaring.

Wat de beperking tot zeven behandelingen betreft, dat lijkt me toch in tegenspraak met de negen behandelingen die nu op voorschrift door het RIZIV worden terugbetaald. Daarbij gaat u uit van tweemaal negen sessies, terwijl dat aantal bij de directe toegang wordt beperkt tot zeven. Volgens u gebeurt dat op advies, maar we horen toch ook andere geluiden uit het werkveld. Het lijkt me niet logisch dat u enerzijds op voorschrift twee blokken van negen sessies toestaat, terwijl het bij de directe toegang om zeven sessies gaat. Het lijkt me niet logisch om daarop te beknibbelen.

Ik had drie vragen, dus ik stel voor dat ik mijn repliek wat langer mag maken. Ik denk dat het zowel in het belang van de patiënt als in dat van de kinesitherapeut is dat niet het jaartal op het diploma, maar wel de bekwaamheid en de ervaring van de kinesitherapeut in aanmerking worden genomen voor die directe toegang. Voor ons is een gegradueerde die al jaren ervaring heeft toch gelijkwaardig aan iemand die pas in het werkveld staat met een masterdiploma. Wie dat niet begrijpt, heeft het niet goed voor met onze kinesitherapeuten, maar ook niet met de veiligheid van onze patiënten.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

03 Samengevoegde vragen van
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De door artsen-specialisten uitgevoerde matige sedatie" (56018784C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Gas-tro-sco-pie onder lichte sedatie" (56019307C)
03 Questions jointes de
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sédation modérée pratiquée par des médecins spécialistes" (56018784C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les gastroscopies réalisées sous sédation modérée" (56019307C)

03.01 **Daniel Bacquelaine** (MR): (…) pour le confort du patient. Je pense aux gastroscopies, aux colonoscopies, aux hystéroscopies, aux ponctions prostatiques et d'autres examens. Depuis près de 40 ans, l'Allemagne dispose d'une formation certifiante qui permet à des médecins non anesthésistes d'administrer eux-mêmes cette sédation encadrée par du personnel dédié dans un environnement sécurisé. Et cette formation existe aujourd'hui dans la plupart des pays européens, à l'exception de la France et de la Belgique.

Faute de cette reconnaissance, un nombre croissant d'examens diagnostiques simples sont réalisés sous anesthésie générale, alors que cela n'est pas toujours justifié médicalement et comporte même des risques propres à ce type d'anesthésie. Le coût de ces examens s'en trouve fortement alourdi. À titre d'exemple, une gastroscopie réalisée sous sédation modérée par le gastro-entérologue coûte environ 200 euros, alors qu'elle coûte 600 euros lorsqu'elle est réalisée sous anesthésie générale par un anesthésiste en hôpital de jour. Des écarts de même ampleur existeraient dans plusieurs autres spécialités, sans véritable justification médicale.

Le Conseil Supérieur de la Santé a pourtant rendu en octobre 2023 un avis favorable à la mise en

place de cette formation certificative et cet avis n'a à ce jour, à ma connaissance, pas encore été suivi.

Par ailleurs, une étude allemande récente indique que les examens endoscopiques simples réalisés en dehors du milieu hospitalier génèrent deux fois moins de déchets que ceux réalisés à l'hôpital, ce qui pose également la question de l'impact environnemental des pratiques actuelles.

Monsieur le ministre, pouvez-vous expliquer pourquoi l'avis du Conseil Supérieur de la Santé d'octobre 2023 n'a pas été suivi? Une évaluation du surcoût pour l'INAMI lié au recours systématique à l'anesthésie pour ces examens a-t-elle été réalisée? Quels arguments médicaux ou de sécurité des patients justifient le maintien du *statu quo* en Belgique au regard des pratiques observées dans d'autres pays européens? Une réflexion est-elle menée sur l'impact environnemental comparé des pratiques ambulatoires et hospitalières pour ce type d'examen? Envisagez-vous de rouvrir ce dossier en concertation avec les sociétés scientifiques concernées?

Merci pour votre réponse.

03.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik sluit mij aan bij de vragen van mijn collega, die waarschijnlijk ongeveer dezelfde zijn als de mijne.

03.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Sauf erreur de ma part, nous avons déjà eu ce débat en 2023, lorsque la législation a été modifiée.

Wat ik eigenlijk wil beklemtonen, is dat het huidige wettelijke kader toelaat dat arts-specialisten die geen anesthesist zijn anxiolyse uitvoeren, weliswaar op voorwaarde dat ze beschikken over de nodige aantoonbare bekwaamheid en ervaring, zoals beschreven in de kwaliteitswet van 22 april 2019. Daarnaast moeten ze beschikken over procedures die de veiligheid van de patiënt waarborgen.

Voor anxiolyse geldt een algemeen kader van professionele zorgvuldigheid. Voor diepe vormen van sedatie of anesthesie zijn wel strengere en meer specifieke voorwaarden in de wet ingeschreven, waaronder inderdaad de aanwezigheid van een anesthesist.

La notion de sédation modérée ne figure pas dans le cadre légal actuel, qui a encore été adapté en 2023. En concertation avec le secteur, et notamment à la lumière des préoccupations également exprimées dans l'avis du Conseil Supérieur de la Santé, ce dernier souligne notamment que l'administration d'une sédation nécessite une observation et une surveillance continue du patient par une personne qualifiée qui ne participe pas elle-même à l'intervention. Il ne s'agit donc pas ici d'un arbitrage fondé sur des coûts ou des considérations de coûts, comme suggéré dans la question.

Ik denk eigenlijk dat het huidige kader voldoende ruimte biedt voor een veilige en efficiënte inzet van zorgverleners. Tegelijkertijd kunnen sedatiecomités, waarvan de oprichting door de Hoge Raad wordt bepleit, vanuit de ziekenhuizen belangrijke ervaringen opleveren die, indien nodig, later tot een verdere verduidelijking van de regelgeving kunnen leiden.

03.04 **Daniel Bacquelaine** (MR): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse.

L'objet de ma question est de savoir pourquoi, après l'avis du Conseil Supérieur de la Santé, cette certification et cette formation n’ont pas été mises en place. C'est une vraie formation.

Aujourd'hui, la majorité des examens dont j'ai parlé se pratiquent sous sédation modérée, pas sous anesthésie générale. Le problème ne se pose donc pas en ces termes-là. Le problème se pose dans le fait que cette sédation modérée pourrait être certifiée, par quelqu'un qui en a la compétence, bien sûr. Il faut évidemment respecter la loi qualité, je suis le premier à le dire.

Mais en fait, dans la pratique, c'est comme cela aujourd'hui. C'est une sédation modérée. Il est rare que des anesthésies générales soient réalisées pour ce type d'activité. Le problème, c'est de permettre aux praticiens gastro-entérologues, urologues ou autres d'avoir une formation certifiante pour pratiquer eux-mêmes cette sédation modérée.

Cela permet d'éviter les éventuelles complications d'une anesthésie générale, qui est beaucoup plus "dangereuse" qu'une sédation modérée.

Je pense que le problème n'est pas posé exactement comme il devrait l'être. Je pense qu’il faut une certification formative pour les praticiens, pour qu'ils puissent eux-mêmes prendre en charge la sédation modérée pour les examens qu'ils pratiquent dans le cadre de leur spécialité, évidemment avec les compétences voulues.

03.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de

minister, ik heb vernomen dat in de meeste andere landen in Europa wel degelijk een certificering van de practici zelf bestaat, waardoor een uitgebreid kader minder nodig is en het ook tegen een betere kostprijs kan gebeuren.

Het aantal gastroscopieën dat jaarlijks wordt uitgevoerd, is bovendien aanzienlijk. Volgens de recentste cijfers gaat het over 439.000 gastroscopieën per jaar. Ik denk dat een duidelijk kader waarbinnen artsen zelf kunnen werken zowel de wachttijden als de kosten van de behandelingen en de gezondheidsrisico's ten goede zou komen. Hetzelfde geldt trouwens voor tandartsen, die ook regelmatig behandelingen onder sedatie uitvoeren, terwijl daarvoor ook te weinig omkadering bestaat.

Ik denk dat dit zeker een aandachtspunt is dat ons op verschillende vlakken vooruit zou kunnen helpen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

04 Questions jointes de
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les difficultés de recrutement dans les centres de planning familial" (56018990C)
- Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fuite des psychologues dans les centres de planning familial" (56018992C)
04 Samengevoegde vragen van
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aanwervingsproblemen in de centra voor gezinsplanning" (56018990C)
- Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het massale vertrek van psychologen uit de centra voor gezinsplanning" (56018992C)

04.01 **Julie Taton** (MR): Monsieur le ministre, j'ai visité le centre de planning familial de Mons, dont les équipes m'ont fait part des difficultés pour recruter certains professionnels de santé, notamment les médecins pratiquant des interruptions volontaires de grossesse (IVG). Le manque de médecins peut allonger les délais et obliger certaines patientes à se déplacer dans une autre province. Pour les personnes les plus précaires, cela peut devenir un véritable frein à l'accès aux soins. Cette situation pose la question de l'accès effectif à l'IVG dans les centres extrahospitaliers conventionnés dans le cadre de l'assurance maladie.

Les équipes m'ont aussi parlé de la difficulté de garder de certains psychologues qui peuvent être attirés par les conditions proposées dans les soins psychologiques de première ligne. Il ne s'agit pas d'opposer les différents secteurs, mais de veiller à ce que le développement d'un dispositif ne fragilise pas les centres de planning familial.

Monsieur le ministre, disposez-vous de données récentes sur le nombre de médecins pratiquant des IVG dans les centres extrahospitaliers et sur leur répartition géographique?

Avez-vous évalué l'impact du dispositif des soins psychologiques de première ligne, organisé via les réseaux de santé mentale conventionnés avec l'INAMI, sur le recrutement et le maintien des psychologues dans les autres structures ambulatoires, notamment les centres de planning familial?

Enfin, envisagez-vous de renforcer la collaboration entre ces réseaux et les centres de planning familial, notamment en permettant à ces derniers d'être davantage intégrés comme lieu d'accroche?

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Taton, merci pour votre question.

Concernant le nombre de médecins, sur la base des rapports annuels 2025 des centres, 227 médecins étaient actifs dans le cadre de la convention pour l'accompagnement des grossesses non désirées, conclue avec l'INAMI; 31 d'entre eux dans des centres situés en Flandre, 91 en Wallonie et 105 à Bruxelles.

D'après les données le plus récentes – l'année comptable 2025 –, 73 médecins ont pratiqué des IVG en dehors d'un hôpital. Leur répartition sur la base de leur adresse de travail déclarée ou, à défaut, de leur adresse de contact renseignée à l'INAMI est la suivante: 30 en Région de Bruxelles-Capitale, 17 en Région flamande et 26 en Région wallonne. Pour le reste, l'INAMI ne dispose pas d'informations sur le nombre de médecins pratiquant des IVG.

En ce qui concerne votre question de fond, les centres de planning familial sont des acteurs-clés de la première ligne en Wallonie et à Bruxelles. L'ensemble des réseaux de santé mentale chargés de la mise en œuvre de la convention des soins psychologiques de première ligne ont donc invité

les centres de planning familial à s'impliquer dans le dispositif tant au niveau opérationnel qu'en matière de gouvernance locale, c'est-à-dire l'analyse des besoins, la formulation de réponses appropriées et la concertation entre parties prenantes sur chaque territoire. De nombreux centres de planning familial ont intégré les soins psychologiques conventionnés, et certains accueillent des psychologues ou orthopédagogues cliniciens indépendants en tant que lieu d'accroche.

Il est également possible aux centres de planning familial de signer une convention qui leur permet de salarier un psychologue par le biais de la rémunération à l'acte prévue par notre convention. Vous savez que la convention vise à renforcer la première ligne, non à la fragiliser. Les équipes pluridisciplinaires des centres de planning familial peuvent donc bénéficier, au même titre que les autres acteurs de première ligne, de l'offre de soutien proposée par les psychologues conventionnés. Il est procédé à une évaluation scientifique du dispositif afin de cartographier les collaborations intersectorielles, tandis que des concertations entre mon cabinet et les entités fédérées ont lieu régulièrement, notamment dans le cadre du groupe de travail intercabinets Santé mentale.

04.03 **Julie Taton** (MR): Monsieur le ministre, je retiens avant tout de cette visite qu'il subsiste aujourd'hui de réelles difficultés sur le terrain, notamment pour trouver des médecins qui pratiquent des IVG et pour garder certains psychologues. En 2023, près de 20 000 IVG ont été enregistrés en Belgique, dont plus de 16 700 dans des centres extrahospitaliers. Les soins psychologiques de première ligne prennent aussi une ampleur considérable, avec plus de 410 000 personnes qui y ont eu recours depuis 2021.

En réalité, l'enjeu n'est pas d'opposer les dispositifs, mais de faire en sorte qu'ils puissent fonctionner ensemble et que le développement de l'un ne fragilise pas non plus les structures déjà présentes sur le terrain. C'est notamment pour cette raison que la place des centres de planning familial dans les réseaux de santé mentale mérite d'être examinée concrètement. Vous l'avez dit, l'INAMI ne dispose pas du nombre précis, mais il serait intéressant de connaître ce nombre.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

05 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het Zorgpersoneelfonds" (56018785C)
05 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le Fonds blouses blanches" (56018785C)

05.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik heb een aantal vragen voor u over het Zorgpersoneelfonds.

Begin dit jaar, naar aanleiding van het rapport van het Rekenhof, vroeg ik u al hoe het stond met het verpleegaanbod. Daaruit bleek onder meer dat het Zorgpersoneelfonds, waaraan jaarlijks toch meer dan 400 miljoen euro wordt besteed, maar een beperkt effect heeft gehad op de toename van het aantal verpleegkundigen in de ziekenhuizen. Eind 2022 waren er netto slechts 367 vte's aan verpleegkundigen meer dan in 2018.

U gaf toen aan dat een nieuwe evaluatie van het fonds nuttige inzichten zou kunnen opleveren. Daarnaast bevatte de rapportering van het Zorgpersoneelfonds toen nog geen gegevens over de arbeidsduur, waardoor er geen zicht was op de verhouding tussen voltijdse en deeltijdse tewerkstelling.

Hoe kijkt u vandaag naar het Zorgpersoneelfonds, rekening houdend met het rapport van het Rekenhof? Bent u van plan om de huidige werking te behouden, of overweegt u wijzigingen aan te brengen in de doelstellingen of de bestedingen?

U gaf eerder ook aan dat een nieuwe evaluatie nuttige inzichten zou kunnen opleveren. Is die evaluatie ondertussen gepland? Zo ja, wanneer? Welke aspecten zullen worden onderzocht?

Op welke manier wilt u ervoor zorgen dat de middelen uit het Zorgpersoneelfonds in de toekomst een wezenlijke bijdrage leveren aan de zorgcapaciteit? Welke doelstellingen worden daarbij gehanteerd? Acht u het noodzakelijk om bij de toekomstige opvolging van het fonds ook gegevens over de arbeidsregime, voltijds of deeltijds, te verzamelen?

Als u aanpassingen aan het Zorgpersoneelfonds plant, verwacht u dan dat die een groter effect zullen hebben op de beschikbare zorgcapaciteit dan de huidige aanpak? Zo ja, op welke manier wilt u dat aanpakken?

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw

Gijbels, in algemene zin kan ik zeggen dat het Zorgpersoneelfonds voor mij een belangrijk instrument blijft. Het gaat er niet alleen om extra personeel aan te trekken, maar ook personeel te behouden en de arbeidsomstandigheden te verbeteren.

U hebt gelijk dat er vooral veel ondersteunend personeel voor verpleegkundigen is aangetrokken, meer dan verpleegkundigen zelf. Dat is op zichzelf natuurlijk geen weggegooid geld, als ik het zo mag uitdrukken. Het is voor verpleegkundigen belangrijk dat er ook ander personeel is om bepaalde taken over te nemen, die verpleegkundigen misschien ervaren als minder interessant of minder aansluitend bij hun eigen opleiding en roeping.

Afgezien van die nuance wil ik duidelijk stellen dat ik alle opmerkingen van het Rekenhof ernstig neem. Dat is ook de reden waarom we de impact van het fonds moeten blijven evalueren.

Er bestaat een jaarlijkse rapportering over de inzet van de middelen, die wordt voorgelegd aan het lokaal sociaal overlegorgaan. Ik wil er nogmaals op wijzen dat de evaluatie van het fonds op lokaal niveau gebeurt door de sociale partners. Net op dat lokale niveau kan de verdeling van de middelen volgens mij het beste worden afgestemd op de behoeften. Het aspect van decentralisering vind ik in dit verhaal waardevol.

Met de middelen uit het fonds is bijkomende werkgelegenheid gecreëerd, waarvan de financiering op lange termijn is gewaarborgd. Dat vind ik belangrijk. De controle daarop gebeurt eveneens op lokaal niveau, via het sociaal overleg.

Op dit ogenblik is er geen intentie om bijkomende gegevens over voltijdse en deeltijdse tewerkstelling te verzamelen via de modellen van het Zorgpersoneelfonds. Ik heb daar uiteraard gemengde gevoelens over, zoals u zult begrijpen, maar hoe interessant dat misschien ook is, het betekent opnieuw een bijkomende administratieve last voor de ziekenhuizen en ook voor mijn eigen administratie. Daar zijn we dus niet zo happig op.

Ik wil vandaag niet vooruitlopen op eventuele aanpassingen aan het fonds. Als er echter bijsturingen komen, moeten die uiteraard gebaseerd zijn op de evaluaties, op de aanbevelingen van het Rekenhof en op het overleg met het werkveld. Volgens mij moet het doel blijven dat we de beschikbare middelen zoveel mogelijk laten bijdragen aan voldoende handen aan het bed van de patiënt en dus aan de zorg voor de patiënt.

05.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, naar ik meen betwijfelt niemand dat er ondertussen veel inspanningen zijn geleverd. Er is natuurlijk ook bijzonder veel geld gevloeid naar het Zorgpersoneelfonds. Als we niet alleen kijken naar de verpleegkundigen, maar ook naar het andere aangeworven personeel, gaat het om 3.444 extra aanwervingen over een periode van vier jaar. Dat betekent dus 861 extra voltijdsequivalenten per jaar. Elke voltijdsequivalent kost echter bijna een half miljoen euro. Als er een half miljoen euro nodig is om één voltijdsequivalent extra aan te trekken, denk ik toch dat die middelen niet op de beste manier worden besteed. Dat is volgens mij de kern van wat het Rekenhof aangeeft.

Het Rekenhof stelt dat onvoldoende transparant is op welke manier de middelen worden ingezet. Er zijn volgens het Rekenhof ook te weinig meetbare doelstellingen. Er is weliswaar elk jaar een rapport, maar ook dat is eigenlijk onvoldoende transparant.

Er zijn maatregelen genomen, daar bestaat geen twijfel over, maar een overkoepelende strategie ontbreekt.

Op een moment waarop we alle middelen nodig hebben, denk ik dat we alle middelen tegen het licht moeten houden om na te gaan of ze wel op de juiste manier worden besteed. Volgens mij is een hervorming van het Zorgpersoneelfonds dan ook noodzakelijk.

We hebben meer handen aan het bed nodig, maar we moeten ervoor zorgen dat de middelen die daarvoor worden uitgetrokken, ook effectief renderen. Volgens mij is er op dat vlak dus werk aan de winkel.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

06 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het kadaster van de zorgverstrekkers" (56019029C)
06 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le cadastre des prestataires de soins" (56019029C)

06.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, over het kadaster van de zorgverstrekkers heb ik u nog niet zo lang geleden al een vraag gesteld. Het gaat over de spreiding van huisartsen

en tandartsen, waarop we vandaag eigenlijk nog onvoldoende zicht hebben.

Het kadaster blijkt nog altijd onvoldoende gedetailleerd te zijn om informatie te bevatten over de gepresteerde uren en evenmin de locatie van de zorgverstrekkers, met name hun werkadres. Daardoor kan vandaag niet in kaart worden gebracht waar exact er tekorten zijn aan huisartsen en tandartsen. Ook de deelstaten hebben door het ontbreken van een volledig kadaster onvoldoende zicht op de situatie.

Ik wil daarom heel concreet vragen hoever het staat met de uitwerking van dat gedetailleerde kadaster, wanneer het klaar zal zijn en hoe gedetailleerd het precies zal zijn. Zal het inderdaad een duidelijk beeld geven van de geografische spreiding? Zo zullen we ook een beter zicht krijgen op het lokale onderaanbod of eventuele overaanbod van zorgverstrekkers.

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, het praktijkregister, zoals voorzien in de Kwaliteitswet, is operationeel. De gegevens worden zoveel mogelijk automatisch verzameld uit authentieke bronnen.

Overeenkomstig artikel 42 van de Kwaliteitswet zijn zorgverleners verplicht om ontbrekende informatie over hun praktijklocaties, de aard van hun beroepsactiviteiten en eventuele samenwerkingsverbanden mee te delen en wijzigingen door te geven, voor zover die gegevens niet reeds via andere bronnen beschikbaar zijn. Dat kan via het portaal ProGezondheid, ook voor zorgverleners zonder RIZIV-nummer.

Recente cijfers tonen evenwel aan dat momenteel slechts een beperkt aandeel van de zorgverleners hun werkadres zelf heeft geregistreerd of gevalideerd. Dat betekent niet noodzakelijk dat die gegevens ontbreken, maar het houdt wel in dat de volledigheid en de actualiteit van het praktijkregister een aandachtspunt blijven.

Daarnaast werkt de FOD Volksgezondheid momenteel aan een website met interactieve statistieken over de gezondheidszorgberoepen. Die toepassing zal onder meer toelaten om het aantal personen te raadplegen dat een gezondheidszorgberoep mag uitoefenen, het aantal beroepsbeoefenaars dat daadwerkelijk actief is, alsook de geografische spreiding van de werkadressen van gezondheidszorgbeoefenaars op gemeentelijk niveau. Die gegevens zullen beschikbaar zijn voor verschillende gezondheidszorgberoepen, waaronder artsen en tandartsen.

Het is de bedoeling om die gegevens in de komende maanden online te plaatsen en voor alle burgers toegankelijk te maken. Vooraf moeten de te publiceren dashboards nog verder worden gestabiliseerd en geoptimaliseerd. Ze moeten bovendien volledig interactief en via een gewone webbrowser toegankelijk worden gemaakt, zodat gebruikers de gegevens zelf aan de hand van verschillende filters kunnen raadplegen, zoals de leeftijdscategorie, het geslacht en de werkgemeente.

06.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, een huisarts of tandarts vinden is een van de grote zorgen van mensen vandaag. We weten dat veel huisartsen en tandartsen met pensioen zijn gegaan in de voorbije jaren of in de komende jaren met pensioen zullen gaan. Dat is dus een grote bezorgdheid. Tegelijkertijd krijg ik signalen – ik heb dat eerder ook al gezegd – dat in de grotere steden, de centrumsteden, vaak ook universiteitssteden, zeker geen onderaanbod is. Soms is daar zelfs een overaanbod aan zorgverstrekkers.

Het zou dus goed zijn als we daarop dringend zicht krijgen, zodat er meer kan worden gestuurd en zodat zorgverstrekkers zelf ook een beter zicht krijgen op het aanbod. Zo kunnen ze misschien meer worden gestimuleerd om andere oorden op te zoeken en daar een praktijk op te starten. Ook kunnen de deelstaten dan inzetten op stagemeesters die gevestigd zijn in gebieden waar er nog tekorten aan zorgverstrekkers zijn.

Het is essentieel om de werkadressen precies te kennen. Uit een eerdere vraag die ik u stelde, blijkt dat slechts 11 % van de gevallen geregistreerd is. Dat lijkt mij veel te weinig. Zeker als de ongerustheid bij de mensen zo groot is, moeten we daar echt een antwoord op bieden.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

07 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La concertation médico-pharmaceutique" (56019034C)
07 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het overleg tussen artsen en apothekers" (56019034C)

07.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le président, je renvoie au texte de ma question déposée.

Monsieur le Ministre,

Comme l'indique l'INAMI sur son site, « La concertation médico-pharmaceutique (CMP) a pour objectif de stimuler la collaboration pluridisciplinaire entre médecins et pharmaciens. Un stimulant financier est prévu d'une part, pour les réunions CMP locales (“projets CMP") et d'autre part, pour les programmes de promotion de la qualité. »

« L'objectif principal de la concertation médico-pharmaceutique est d'optimaliser les soins dispensés au patient. Ceci se fait en coordonnant vos rôles respectifs, en tant que médecin et pharmacien, pour : la prescription rationnelle, la délivrance rationnelle, l'utilisation sans risque des médicaments. ».

Nous pensons que la concertation médico-pharmaceutique au niveau fédéral peut jouer un rôle important dans la réflexion sur l'évolution du rôle du pharmacien dans les politiques de vaccination étant donné qu'elle rassemble autour de la table médecins et pharmaciens.

On peut également lire sur le site de l'INAMI que « La concertation médico-pharmaceutique fait actuellement l'objet d'une évaluation en tant qu'instrument de politique publique. Pour cette raison, aucun nouveau programme n'est inscrit pour le moment. »

Monsieur le Ministre,

Pourriez-vous nous éclairer sur l'évaluation en cours de la concertation médico-pharmaceutique ?
Qui réalise cette évaluation ?
Sur quoi porte cette évaluation : sur les projets CMP et/ou sur les programmes de promotion de la qualité ?
Quels sont les paramètres étudiés ou les critères utilisés pour réaliser cette évaluation ?
Comment les médecins et les pharmaciens sont impliqués dans cette évaluation ?
Quels sont les objectifs de cette évaluation ?
Quand cette évaluation a-t-elle commencé et quand les résultats de celle-ci sont attendus ?

Je vous remercie pour vos réponses.

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: L'évaluation de la concertation médico-pharmaceutique s'inscrit dans l'examen plus large de l'efficacité et de l'efficience des instruments existants dans le cadre du plan pluriannuel Appropriate Care 2026-2027.

L'évaluation est réalisée par l'INAMI et porte à la fois sur un programme de promotion de la qualité et sur les projets concrets de concertation médico-pharmaceutique. Elle examine notamment la base réglementaire, la traduction des programmes en projets, l'adhésion et la répartition géographique sur le terrain, la possibilité de démontrer l'impact, les aspects financiers ainsi que la charge administrative.

Les constats ont été discutés début septembre au sein du Comité d'évaluation des pratiques médicales en matière de médicaments. L'évaluation vise à déterminer si l'instrument dans sa forme actuelle présente encore une valeur ajoutée suffisante. Sur la base de l'analyse disponible, il a été décidé de ne pas poursuivre la concertation médico-pharmaceutique dans sa forme actuelle.

Cela ne remet pas en cause l'importance d'une concertation structurelle entre médecins et pharmaciens. Il est examiné de quelle manière cette collaboration entre ces prestataires de soins pourra être soutenue à l'avenir.

07.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Merci monsieur le ministre pour votre réponse. C'est exactement ce que j'avais cru entendre dans les bruits de couloir. Je suis persuadée – et je pense que vous l'êtes aussi – que la concertation entre les médecins et les pharmaciens, et même rien que le fait qu'ils se connaissent et se côtoient en dehors de leur travail pour discuter justement des patients, est quelque chose de très important. Pour le suivi du patient, c'est très bien; mais c'est aussi important qu'ils se connaissent de façon à ne pas avoir de frein à s'appeler mutuellement pour se poser des questions. Chacun a son propre métier et ses spécificités, et il n'est pas rare que certains médecins aient peur de téléphoner au pharmacien ou inversement. C'est dommage parce qu'un coup de fil peut parfois sauver des vies.

Je suis heureuse d'apprendre qu'une formule améliorée est sur la table.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le diagnostic et le traitement des apnées

du sommeil" (56019035C)
08 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De diagnose en behandeling van slaapapneu" (56019035C)

08.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, en septembre dernier je vous interrogeais sur le diagnostic et le traitement des apnées du sommeil, notamment à propos du délai d'attente important auquel les citoyens sont confrontés avant de pouvoir bénéficier d'une étude du sommeil dans un centre agréé et à propos de l'augmentation du nombre de tests et du budget qui y est consacré.

Vous m'aviez répondu que les tests à domicile pour le diagnostic du syndrome d'apnée obstructive du sommeil pouvaient réduire les listes d'attente, parce qu'ils pouvaient remplacer la polysomnographie réalisée à l'hôpital. Pour certains patients, le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) y souscrit et prône une réforme du diagnostic et du traitement.

Vous aviez également indiqué que l'INAMI travaillait à une réforme de la réglementation actuelle relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées du sommeil, sur la base des recommandations du KCE. Cette réforme vise à lutter contre le sous-diagnostic et la prise en charge insuffisante de ce syndrome, en facilitant l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité, tout en améliorant le coût et l'efficacité des soins liés à l'apnée du sommeil. Les discussions sur la réforme de la réglementation actuelle en matière de diagnostic et de traitement de l'apnée sont toujours en cours.

Monsieur le ministre, plusieurs mois se sont écoulés depuis vos réponses. Pourriez-vous nous éclairer sur les discussions relatives à cette réforme auxquelles participent toutes les parties prenantes? Quels sont les obstacles actuels? Quelles modifications seront nécessaires pour permettre la mise en œuvre de cette réforme? Quand peut-on l'espérer?

08.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La réforme du diagnostic et du traitement des apnées du sommeil constitue en effet un chantier important, engagé depuis plusieurs années, en concertation évidemment avec les acteurs concernés et sur la base des recommandations du KCE. L'ambition est de faciliter l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité, tout en améliorant l'efficience des soins. Les discussions avec les parties prenantes sont désormais en phase finale.

Une concertation multipartite est prévue à la mi-novembre, afin de finaliser le projet de convention et ses annexes. Cette concertation a pour but de présenter la dernière version de la convention et de ses annexes. Une analyse budgétaire a été présentée à la Commission de contrôle budgétaire en juin. Les réunions de concertation multipartite ont ensuite permis de définir les principes financiers qui sous-tendent la réforme. L'analyse actualisée et jointe au projet de convention sera à nouveau soumise à cette commission début décembre.

Plusieurs étapes doivent encore être franchies conformément au processus habituel de concertation et de décision au sein de l'INAMI, notamment devant la Commission de contrôle budgétaire et le Comité de l'assurance.

L'objectif reste une entrée en vigueur de la nouvelle convention au 1er janvier 2027. La réforme prévoit une augmentation progressive de la proportion d'examens réalisés à domicile lorsque cela est médicalement approprié, tout en maintenant les examens hospitaliers lorsque la situation clinique le nécessite. Cette évolution doit permettre de réduire les délais d'attente et d'assurer une prise en charge de qualité adaptée aux besoins des patients.

08.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, tout le monde semble d'accord sur le fait que faciliter le diagnostic à domicile, dans certains cas bien sûr, sera une avancée et que le dépistage sera plus accessible, moins coûteux, plus rapide, au bénéfice de l'ensemble des patients. Je vous remercie.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

09 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Health in All Policies" (56019037C)
09 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Health in All Policies" (56019037C)

09.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le président, je renvoie au texte de ma question déposée.

Monsieur le ministre,

L'accord de gouvernement prévoit que "pour vivre sainement, les citoyens doivent être bien informés et les choix sains doivent aussi être promus. Conformément aux objectifs de santé et au principe 'mieux vaut prévenir que guérir', nous nous concentrons sur les mesures qui contribuent à une vie saine pour tous. Ces mesures ne relèvent pas uniquement du domaine de la santé publique mais nécessitent également des efforts dans d'autres domaines (Health in All Policies)".

L'Organisation mondiale de la santé définit la "Santé dans toutes les politiques" comme une approche des politiques publiques, transversale aux secteurs, qui tient compte de manière systématique des conséquences sanitaires des décisions, recherche des synergies et évite les effets néfastes sur la santé, dans le but d'améliorer la santé de la population et l'équité en santé.

La santé d'une population dépend en partie du système de soins mais surtout des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent.

Monsieur le ministre,

Soutenez-vous l'approche "Health in All Policies"? Dans quelle mesure cette question est discutée au sein du gouvernement? Jouez-vous un rôle de conseil auprès de vos collègues pour soutenir l'adoption de politiques publiques favorables à la santé? Est-ce que cette question est discutée au sein de la CIM Santé? Est-ce que l'INAMI travaille à l'élaboration d'une méthode d'évaluation d'impact sur la santé? Si oui, quand les résultats de ce travail seront-ils disponibles? Si non, envisagez-vous de lui confier cette mission ?

Je vous remercie pour vos réponses.

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je soutiens pleinement l'approche *Health in All Policies*, qui est d'ailleurs explicitement reprise dans l'accord du gouvernement. La santé ne dépend pas uniquement de l'organisation et de la qualité des soins de santé, mais également d'un ensemble plus large de déterminants sociaux, économiques et environnementaux. L'ambition du gouvernement est dès alors de rechercher un équilibre entre ces différents enjeux, tout en veillant à intégrer autant que possible la dimension santé dans l'élaboration des politiques publiques.

Dans ce cadre, je m'efforce, dans les concertations gouvernementales, de promouvoir la prise en compte des conséquences potentielles des décisions sur la santé, la population et sur les inégalités de santé. Concernant le développement d'une méthode d'évaluation par l'INAMI, l'INAMI a principalement pour mission l'organisation, le financement et l'évaluation de l'assurance soins de santé. Le développement d'un tel outil ne tombe donc pas dans le périmètre de sa mission.

Cependant, la Belgique dispose d'un instrument visant à intégrer cette réflexion dans le processus décisionnel. C'est l'Analyse d'impact de la réglementation. Cette analyse est obligatoire pour la plupart des avant-projets de loi et des projets d'arrêtés royaux soumis au Conseil des ministres. Elle vise notamment à évaluer les effets potentiels d'une réglementation sur différentes dimensions, parmi lesquelles figurent entre autres la santé publique, le développement durable, l'égalité des chances, l'économie et les charges administratives.

La question de l'intégration de la santé dans l'ensemble des politiques publiques est également abordée dans différents cadres de concertation entre les autorités compétentes, notamment au sein de la Conférence interministérielle Santé publique, à travers les objectifs de santé interfédéraux et les travaux sur la prévention et la promotion de la santé, ou les déterminants de santé. Voilà ma réponse.

09.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre.

La meilleure façon de soigner une maladie, c'est évidemment d'éviter qu'elle apparaisse. On a tous ici conscience que chaque décision politique peut provoquer des maladies et peut avoir un impact sur notre santé. Il n'y a pas que les virus et les bactéries. La santé, ce n'est pas seulement guérir, c'est permettre à chacune et à chacun de rester en forme. Il faut vraiment prôner cette façon de faire et que chaque ministre, quel que soit son portefeuille, tienne compte de la santé. Merci.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

10 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Reakiro" (56019070C)
10 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Reakiro" (56019070C)

10.01 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, België behoort samen met Nederland, Luxemburg, Zwitserland en Spanje tot een van de weinige landen waar euthanasie wegens psychiatrisch lijden mogelijk is. Dat is belangrijk en het schept ook een specifieke verantwoordelijkheid voor de zorg. Toch blijkt uit de praktijk dat mensen met een doodswens vaak specifieke, diepgaande zorgbehoeften hebben, maar daarvoor nergens een gepast aanbod vinden.

Binnen de reguliere zorg wordt langdurige suïcidaliteit vaak gezien als een klinisch risico dat moet worden beheerd. Onderzoek toont echter aan dat een langdurige doodswens bij mensen met een psychische aandoening, die zich kan uiten in langdurige suïcidaliteit of in een euthanasieverzoek, een brede transdiagnostische benadering vereist. Dat betekent heel concreet dat er ook aandacht moet zijn voor het existentiële, het relationele, de zingeving, verbinding, regie en het bestaansrecht.

Een dergelijk aanbod ontbrak eigenlijk in de geestelijke gezondheidszorg, waar mensen dikwijls worden uitbehandeld. Daarom werd door de psychiatrische ziekenhuizen zelf een nieuw model ontwikkeld. Dat heeft vorm gekregen in Reakiro, waar verschillende benaderingen worden geïntegreerd, met name aanwezigheid, een presentiebenadering, een herstelvisie, ervaringsdeskundigheid, existentiële zorg en ook palliatieve zorg. Reakiro voert zelf geen euthanasiebeoordelingen uit, maar het vrijwaart een ruimte waar gasten vrij kunnen binnenlopen en spreken, zonder dat ze de zorgverleners van iets moeten overtuigen of het gevoel hebben dat die zich een oordeel kunnen vormen.

Er werd al wetenschappelijk onderzoek uitgevoerd bij Reakiro. Daaruit blijkt dat bij een zeer groot deel van de mensen sprake is van betekenisvol herstel, van meer hoop en kracht en een afname van suïcidale gedachten. Binnen Reakiro wordt ruimte geboden aan al die aspecten, met uiteraard ook een zorgvuldige afweging van de euthanasievraag die bij de betrokkenen leeft.

De werking bestaat al in Leuven, waar ik ook een bezoek bracht en toch wel onder de indruk was, maar ook in Roeselare, in West-Vlaanderen.

De samenwerking wordt gedragen door een samenwerkingsverband van psychiatrische ziekenhuizen die samen voor dat initiatief hebben gekozen, zonder structurele overheidsfinanciering. Tegelijk neemt de druk toe. In Leuven alleen al vonden op één jaar tijd 190 aanmeldingen plaats. De wachtlijst blijft groeien. Het initiatief werkt dus.

Dit jaar worden in de schoot van het IMC ook de interfederale prioriteiten rond geestelijke gezondheidszorg vastgelegd. Die uitwerking past in een interfederaal plan voor geestelijke gezondheidszorg, zoals voorzien in het regeerakkoord.

Mijnheer de minister, is het mogelijk om dat voorstel mee te nemen in die denkoefening, met name in het onderzoek naar extramurosmogelijkheden waaraan die patiënten nood hebben?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Van Hoof, ik heb met aandacht geluisterd naar uw toelichting en ik had uw vraag ook goed gelezen, maar ik moet een voorzichtig antwoord geven.

De uitwerking van de interfederale prioriteiten inzake geestelijke gezondheid gebeurt in overleg met de verschillende bevoegde overheden. We besteden daarbij onder meer aandacht aan de verdere ontwikkeling van toegankelijke, kwaliteitsvolle en herstelgerichte zorg. Zoals u weet, bouwt ons plan voort op hervormingen van de netwerken geestelijke gezondheid. Het gebruikt het nieuwe WHO-kader voor beleids- en actieplannen als leidraad en vormt daarmee de strategische basis voor een gezamenlijke interfederale visie en voor concrete acties voor de periode 2026-2030.

Het is belangrijk dat we binnen die werkzaamheden oog blijven houden voor de noden van personen met complexe psychische problematieken en initiatieven die daarop een antwoord proberen te bieden. De verschillende voorstellen en ervaringen in het werkveld kunnen daarbij een nuttige bijdrage leveren.

Ik kan evenwel niet vooruitlopen op de conclusies van die oefening, noch op eventuele keuzes inzake financiering of verankering van bepaalde specifieke initiatieven. Die zullen moeten worden beoordeeld binnen het bredere kader van de beleidsprioriteiten, de beschikbare middelen en de bestaande bevoegdheidsverdeling. De expertise die in het werkveld aanwezig is, zal alleszins meegenomen worden in de verdere reflectie over de toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg.

10.03 **Els Van Hoof** (cd&v): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Ik denk dat het nuttig zou kunnen zijn om kennis te nemen van die activiteit op het terrein. Het is typisch voor dergelijke initiatieven, en zeker als ze vanuit de GGZ komen, dat er daarrond weinig lobbywerk wordt geleverd. De mensen werken gewoon verder en doen hun best op dat vlak. Dat heb ik gemerkt gedurende de jaren dat ik al bezig ben met GGZ. Ze vergeten te zeggen wat ze doen, terwijl het goed is wat ze vandaag doen. Het zou goed zijn mocht uw kabinet en de administratie kennis kunnen nemen van die activiteit op het terrein.

Ik denk dat het een heel innovatieve activiteit is. Het gaat over mensen die uitbehandeld zijn, die eenzaam zijn en een doodswens hebben, het meest kwetsbare voor een mens. Het is goed dat daarvan wordt kennisgenomen en dat zowel op Vlaams als op federaal niveau wordt geëvalueerd waar dat een plaats zou kunnen krijgen. Het is gestart vanuit professoren en wetenschappers en ik meen dat het de moeite waard is om daarrond een oefening te maken en er kennis van te nemen. Het is in Leuven, dus niet ver van uw deur, mijnheer de minister.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

11 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De behandeltermijn en de orale vaste antibiotica" (56019071C)
11 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La durée de traitement et les antibiotiques solides à avaler" (56019071C)

11.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, de ministerraad besliste op 18 juli – ik heb mijn vraag al een tijdje geleden ingediend – dat orale vaste antibiotica in de openbare apotheek per behandeltermijn moeten worden afgeleverd. Daar hadden de sector, de beroepsverenigingen, de softwareontwikkelaars en patiënten heel wat vragen bij, ook al wordt de doelstelling minder restjes in de medicijnkast, minder zelfmedicatie en dus minder antimicrobiële resistentie breed gedeeld. De sector was ook niet klaar voor de invoering van de maatregel. Enerzijds vreesde men voor werklast aan de apotheekbalie en anderzijds was de software niet klaar noch waren de tarificatiecircuits op punt gesteld. Daarom werd de invoering van de nieuwe maatregel uitgesteld tot 1 januari 2027.

Hoe ver staat het nu met die maatregel? Welk overleg heeft al plaatsgevonden en hoe zal men in de toekomst omgaan met dergelijke goede maatregelen waarvan de uitwerking toch problematisch blijkt te zijn?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, de maatregel werd inderdaad uitgesteld tot 1 januari 2027 voor de apothekers en tot 1 april 2027 voor voorschrijvers wat het voorschrijven op stofnaam betreft. Kort voor de datum van inwerkingtreding hadden we namelijk een brief ontvangen van de softwareleveranciers, die aangaven dat ze onvoldoende voorbereid waren om een vlotte implementatie te kunnen garanderen. De tijd die nu vrijkomt, moet dienen om de resterende problemen op te lossen.

De maatregel werd uitvoerig besproken in de werkgroep tariferingsdiensten en verzekeringsinstellingen, waarin zowel de apothekers die verbonden zijn aan de tariferingsdiensten, als de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigd zijn.

De overeenkomst tussen het RIZIV en de apothekers beschrijft welke handelingen de apotheker verricht bij de fractionering, ofwel het exact afleveren van het aantal tabletten of capsules dat nodig is voor de voorgeschreven duur van de behandeling.

De geneesmiddelen blijven in hun blisterverpakking. De verpakking wordt bij de eerste opening gedeconditioneerd volgens de Europese regels tegen vervalste geneesmiddelen. Elke aflevering uit die verpakking wordt geregistreerd in het voorschriftenregister. De etikettering vermeldt onder meer de stof, de dosering en de bepalingen inzake dosering en gebruik. De bijsluiter blijft gratis beschikbaar.

Het werkhonorarium werd overeengekomen met de apothekersorganisaties en vormt volgens mij een zeer billijke vergoeding voor de vereiste handeling. Het behandelingshonorarium vervangt het oude honorarium per afgeleverde verpakking en is correcter, aangezien er slechts één aflevermoment is en dus ook slechts één moment van farmaceutisch advies, zelfs als meerdere doosjes worden overhandigd.

Ik merk nog op dat vanaf 1 april alle voorschriften voor orale antibiotica verplicht op stofnaam moeten worden opgesteld. Voorschriften op merknaam zullen dus niet meer mogelijk zijn. De apothekersorganisaties en de verzekeringsinstellingen verbinden zich ertoe om

continu op te volgen welk aandeel van de voorschriften op stofnaam wordt opgesteld ten opzichte van het totale aantal voorschriften, hoeveel werkhonoraria voor antibiotica per eenheid worden aangerekend en in welke mate de farmaceutische industrie daarop inspeelt door adequate verpakkingen op de markt te brengen.

Op basis van de bevindingen zal ik mij beraden over verdere stappen. Het dossier is inderdaad bijzonder complex, ongetwijfeld complexer dan sommigen dachten. Ik probeer, samen met mijn diensten, in maximaal overleg tegen de vooropgestelde data van inwerkingtreding tot een oplossing te komen.

11.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het was een goede zaak dat u naar de sector hebt geluisterd en ook aandacht hebt besteed aan mijn waarschuwing, die ik heb overgebracht en die ook de apothekersbond en de softwarehuizen hebben gegeven.

Uw antwoord stelt me echter niet volledig gerust. U beweert dat er een billijke vergoeding is voor het werkhonorarium, maar volgens de tariferingsdiensten en de apothekers zou men, indien men de wet toepast zoals ze nu is opgesteld en kleine doosjes opent om de verpakkingen aan de behandeltermijn aan te passen, met verlies verkopen en dat is verboden.

Zolang de verpakkingen niet zijn aangepast – kijk maar naar voorbeeldland Nederland voor de tarifering per eenheid voor antibiotica, waar men met dozen van soms 100 stuks werkt – en men daar de nodige eenheden af moet knippen, bestaat het risico dat de apotheker niet of onvoldoende wordt vergoed voor het verrichte werk. Ik dring erop aan dat u dat aandachtspunt meeneemt bij de uitwerking.

U zegt ook dat vanaf april voor antibiotica alleen nog op stofnaam kan worden voorgeschreven. Daarover zal echt overlegd moeten worden met de softwarehuizen van de artsen. Vandaag is dat immers nog helemaal niet het geval. De arts moet een inspanning leveren om via voorschrift op stofnaam te kunnen voorschrijven.

Er zijn nog enkele weken en ik moedig u aan om die tijd te gebruiken om een aantal proefprojecten uit te werken, zodat de patiënt bij de start van de maatregel in januari niet met chaos wordt geconfronteerd en de apotheker er financieel niet de dupe van wordt.

11.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik begrijp een onderdeel van uw repliek niet helemaal. Er was inderdaad een discussie over de vergoeding voor het werk, maar ik denk, eerlijk gezegd, dat die na de onderhandelingen tussen ons en de apothekers in goede zin werd beslecht met de vaststelling van een correcte vergoeding voor het werk dat moet gebeuren.

U zegt echter dat ze met verlies verkopen. Verkoop met verlies heeft toch niet te maken met de werkvergoeding, maar met de verpakking? Dat begrijp ik niet goed.

11.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Er zijn een aantal voorbeelden door de tariferingsdiensten opgelijst. Ik ben er zeker van dat die ook met uw kabinet zijn gedeeld. In de wetgeving die men nu voorbereidt, wordt bepaald dat de kleinste verpakking moet worden gebruikt. We gingen ervan uit dat wanneer een arts bijvoorbeeld 21 dosissen voorschrijft – drie keer een dosis per dag gedurende zeven dagen – een doos van 100 of 56 stuks kon worden gefragmenteerd, zodat de patiënt 21 pilletjes kreeg. Volgens de voorschriften die de tariferingsdiensten hebben ontvangen, zouden we echter doosjes van 24 stuks moeten gebruiken. Dat zijn kleinere verpakkingen waarvoor andere prijzen gelden. Die discrepantie leidde in bepaalde gevallen tot verkoop met verlies. Dat is iets wat moet worden onderzocht, zodat daar geen problemen rijzen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

Voorzitster: Kathleen Depoorter.
Présidente: Kathleen Depoorter.

12 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'information du patient et l'utilisation de l'IA lors des consultations médicales" (56019167C)
12 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Patiënteninformatie en het gebruik van AI bij medische consulten" (56019167C)

12.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, aujourd'hui, je voudrais vous parler, dans ma question, d'intelligence artificielle, puisque maintenant, l'outil d'intelligence artificielle apparaît dans toutes les consultations médicales. Et on ne parle plus d'une relation médecin-patient, puisque maintenant, une troisième personne sera

présente lors de la consultation: c'est un outil d'intelligence artificielle.

Cela se présente comme ceci. Je vous ai apporté ici le petit micro de bureau qui est installé maintenant sur les bureaux de consultation chez les médecins. C'est un micro qui enregistre toute la consultation, qui est raccordé au logiciel, qui capte toute la conversation qui est retranscrite dans le dossier médical du patient. Ceci génère peut-être aussi des propositions, des solutions et des traitements.

Vous le savez bien, monsieur le ministre, un secret médical couvre cette conversation et est présent dans cette relation patient-médecin. De nombreuses données sensibles sont échangées entre le patient et son médecin. On peut parler de ses problèmes conjugaux, ou de ses problèmes professionnels avec son employeur. On peut parler aussi de ses maladies malheureusement rares, graves, cancéreuses, de ses maladies génétiques ou d'infections sexuellement transmissibles. On peut parler de sexualité et d'autres choses qui sont extrêmement sensibles.

Je suis très attaché à la déontologie et aux droits du patient et je veux vous poser une série de questions aujourd'hui dans le but de trouver une solution pour garantir ces droits du patient.

Un médecin qui utilise une intelligence artificielle qui capte la consultation est-il actuellement tenu d'en informer explicitement le patient? L'information générale donnée une seule fois est-elle suffisante ou estimez-vous nécessaire de fournir une information claire et permanente dans les lieux de soins concernés? Par exemple, est-ce qu'un affichage dans la salle d'attente est prévu? Le patient dispose-t-il actuellement d'un droit explicite de refuser cette captation, ou cette transcription par une intelligence artificielle, sans aucune conséquence sur son accès aux soins ou sur la qualité des soins? Le recours à une intelligence artificielle et éventuellement à des prestataires informatiques tiers pour traiter les conversations médicales est-il pleinement couvert par les règles actuelles relatives au secret médical et à la protection des données de santé? Et enfin, envisagez-vous d'établir un cadre spécifique garantissant de manière uniforme l'information du patient, son droit d'opposition et le respect du secret médical lorsque l'intelligence artificielle intervient directement dans une consultation? Merci.

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Merci, monsieur Gatelier. Vos questions portent sur les responsabilités juridiques et déontologiques personnelles des médecins dans l'utilisation de l'intelligence artificielle. Comme pour tout nouvel outil, son usage doit être apprécié à la lumière des principes juridiques et repères fondamentaux existants.

Il convient, pour chaque professionnel, d'être extrêmement vigilant quant à la protection de la vie privée des patients. L'obligation au secret professionnel prévue dans le Code pénal, article 10 de la loi relative aux droits du patient quant au respect de la vie privée des patients, et le Règlement général sur la protection des données (RGPD) constituent les fondements essentiels de la relation de confiance et doivent être respectés. Le règlement européen sur l'intelligence artificielle (IA) – règlement 2024/1689 établissant des règles harmonisées sur l'intelligence artificielle – est le cadre juridique à respecter. Étant donné qu'il s'agit d'un règlement, ses dispositions sont directement applicables dans l'ordre juridique belge.

Par ailleurs, les systèmes d'intelligence artificielle utilisés dans le domaine des soins de santé sont considérés comme des systèmes à haut risque. Il appartient ainsi aux médecins de s'assurer auprès des concepteurs des outils, des juristes ou de l'ordre des médecins des garanties offertes en matière de confidentialité et des conditions d'utilisation conformes aux obligations légales et déontologiques.

S'agissant de l'implication du patient, les obligations légales d'information sur les modalités de la prestation de soins et du respect de la vie privée issues des sources juridiques précitées demeurent applicables. Elles supposent une information claire et adaptée donnée au patient sur l'enregistrement éventuel des conversations de la consultation. Le patient doit consentir à celui-ci. Voilà, dans les grandes lignes, des éléments essentiels en réponse à votre question.

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

Sachez que j'ai également envoyé ces questions au Conseil national de l'Ordre des médecins parce qu'il s'agit ici de garanties et de secret médical. Mais peut-on vraiment assurer la garantie pour un patient, dont la voix va être enregistrée lors d'un rendez-vous où il va exprimer des mots qui seront numérisés sur des fichiers, que ceux-ci seront supprimés?

Le logiciel médical nous assure que ce sera le cas, mais, en parallèle, l'actualité nous montre que des

sites gouvernementaux sont piratés, notamment en France où le ministère des Finances a été victime du vol de 900 000 données l'année passée. Cette semaine et la semaine passée, en Europe, plusieurs grandes surfaces ont aussi été piratées et la température de leurs frigos modifiée.

En tant que patient, je serais très prudent si je devais m'exprimer devant une intelligence artificielle. On pourrait ressortir la voix du patient à un moment où il exprime des données sensibles, comme je l'ai dit, vis-à-vis de son employeur, ou des données personnelles de santé. Je trouve donc cela extrêmement dangereux. Et la garantie juridique est bien belle, à partir du moment où nous nous trouvons dans une situation que je trouve très risquée à cause des cyberattaques.

Concernant l'information au patient, normalement, le médecin devrait, à chaque début de consultation, dire au patient que cette consultation va être enregistrée par une intelligence artificielle. Comme cela s'est passé pour le dossier médical informatisé, on fera vite signer un petit papier que le patient ne comprend pas très bien ou on le lui dira une fois, et puis on oubliera de le lui dire.

Je pense que les droits du patient devraient vraiment être renforcés. Je reviendrai vers vous avec des questions sur cette problématique, parce que je trouve que, tout comme pour les caméras qui filment dans les parkings, où vous êtes obligés d'afficher une photo avertissant qu'on est filmé, il serait vraiment important qu'un affichage soit fait dans les salles d'attente, expliquant que, lors de la consultation, une intelligence artificielle va capter le contenu de la conversation.

Je vous remercie encore pour votre réponse.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Luchthavenmalaria en de surveillance van door muggen overgedragen infecties" (56019171C)
13 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le paludisme d'aéroport et la surveillance des infections transmises par les moustiques" (56019171C)

13.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, mijn vraag dateert al van enkele maanden geleden en is misschien een beetje achterhaald. In Frankfurt zijn inmiddels acht gevallen van malaria vastgesteld in verband met een zeldzame uitbraak van zogenaamde luchthavenmalaria. Ook personen die niet op de luchthaven werkten en niet naar een endemisch gebied waren gereisd, maar in de omgeving van de luchthaven wonen, raakten besmet. De gezondheidsautoriteiten van Frankfurt achten het risico voor de algemene bevolking momenteel zeer laag. Toch vragen ze artsen om bij onverklaarbare koorts, ook zonder reisgeschiedenis, aan malaria te denken.

Ook België werd eerder met dat fenomeen geconfronteerd. In 2020 werden al twee autochtone malariagevallen vastgesteld bij personen die op ongeveer vier à vijf kilometer van Brussels Airport woonden. In 2021 werd ook een geval vastgesteld bij een werknemer van de luchthaven. Sciensano achtte toen overdracht door een via de luchthaven geïmporteerde anofelesmug waarschijnlijk en wees daarbij op het belang van permanente entomologische surveillance.

Tegelijk neemt het belang van andere door muggen overgedragen infecties toe. We hebben het hier eerder al gehad over het westnijlvirus.

Mijnheer de minister, heeft Sciensano naar aanleiding van de uitbraak in Frankfurt een nieuwe risicoanalyse uitgevoerd voor onze luchthavens? Zo ja, wat zijn de conclusies daarvan?

Wordt momenteel permanent gecontroleerd op anofelesmuggen op en rond de Belgische luchthavens, met inbegrip van de bagage- en cargozones?

Worden ook vliegtuigen en cargo afkomstig uit malaria-endemische gebieden systematisch gecontroleerd op correcte desinsectie? In 2021 stelde Sciensano al vast dat dergelijke controles wegens personeelsgebrek niet alle cargovluchten omvatten en niet op alle Belgische luchthavens plaatsvonden. Is dat ondertussen gewijzigd?

Worden huisartsen, spoeddiensten en ziekenhuizen opnieuw gewaarschuwd om bij onverklaarbare koorts ook bij patiënten zonder recente reisgeschiedenis rekening te houden met malaria?

Hoe wordt de surveillance van luchthavenmalaria afgestemd op die van het westnijlvirus? Bestaat er een geïntegreerd nationaal surveillancesysteem waarbij humane gevallen, besmettingen bij vogels en paarden en gegevens over aanwezige muggenvectoren snel worden samengebracht?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Sneppe, er werd geen nieuwe risicoanalyse uitgevoerd naar aanleiding van de gevallen van luchthavenmalaria in Frankfurt. Dat soort voorvallen is bekend en komt niet onverwacht. Ze komen ook in België voor. Tot enkele jaren geleden waren gevallen van luchthavenmalaria in België eerder zeldzaam, maar sinds 2020 doen zich elk jaar gevallen van luchthavenmalaria voor.

Op uw tweede en derde vraag moet ik antwoorden dat er een permanente surveillance is, met inspecties van passagiersvluchten die op Zaventem aankomen uit hoogrisicolanden voor vectoroverdraagbare ziekten. De lijst van hoogrisicolanden wordt jaarlijks herzien en goedgekeurd door de Risk Management Group op basis van adviezen van Sciensano, het Instituut voor Tropische Geneeskunde en academische en Europese partners.

Vrachtvluchten maken geen deel uit van de inspecties, omdat het middel dat de WHO voor desinsectie aanbeveelt, onder de Belgische en Europese biocidenwetgeving verboden is. Bovendien brengen dergelijke producten met een langdurige werking het risico op corrosie van het vliegtuig met zich mee. Ze kunnen vervolgens ook schadelijke gevolgen hebben voor de nog te vervoeren voedingsmiddelen.

In het kader van het huidige dossier over luchthavenmalaria in Frankfurt werden door Sanipor en op het niveau van de luchthaven al initiatieven genomen. Er werd contact opgenomen met onze Duitse collega's in Frankfurt om goede praktijken uit te wisselen. Er kwam een dienstnota, die de agenten van Sanipor vraagt om extra waakzaam te zijn voor desinsectie en voor muggen aan boord. Daarnaast kwam er een oproep van Brussels Airlines om waarnemingen te melden. Brussels Airport Company bekijkt samen met Zorg Vlaanderen bijkomende pistes, zoals het plaatsen van muggenvallen en het vermijden van stilstaand water.

Dan kom ik aan uw vierde vraag. Er wordt regelmatig informatie verspreid wanneer zich een geval van luchthavenmalaria voordoet. Het blijft belangrijk om huisartsen, spoeddiensten en ziekenhuizen in de buurt van luchthavens eraan te herinneren om malaria als een differentiële diagnose te overwegen wanneer er sprake is van een compatibel klinisch beeld, zelfs als er geen sprake is van een reisgeschiedenis. Dat valt evenwel onder de bevoegdheid van mijn regionale collega's.

Dan kom ik aan uw vijfde vraag. De surveillance voor beide ziektes vertoont een gelijkaardige aanpak. Beide ziektes zijn meldingsplichtig, hoewel dat voor malaria alleen geldt voor autochtone gevallen. De melding wordt ook gedeeld met Sciensano. Op die manier kan Sciensano een nationaal overzicht maken.

Verder is het moeilijk om van een afgestemde aanpak tussen westnijlkoorts en luchthavenmalaria te spreken, aangezien het om zeer verschillende ziektes gaat. Bij het westnijlvirus surveilleren we vogels en paarden, omdat ze deel uitmaken van de transmissiecyclus en daardoor als vroegtijdige indicator voor humane risico's kunnen dienen. Bij malaria vormen dieren daarentegen geen relevant reservoir en is een dergelijke surveillance niet nodig.

Daarnaast is ook het ziektebeeld zeer verschillend. Malaria is een systemische infectie die snel ernstig kan worden, terwijl een infectie met het westnijlvirus meestal asymptomatisch of mild verloopt en slechts in zeldzame gevallen ernstige neurologische klachten met zich meebrengt.

Dan kom ik aan uw zesde vraag. Er bestaat een surveillancesysteem voor de rapportering van humane gevallen van malaria. Er wordt regelmatig informatie verspreid wanneer zich een geval van luchthavenmalaria voordoet.

Als het gaat over vectorbestrijding, heeft het momenteel weinig zin om inheemse anophelesmuggen, die als vector zouden kunnen dienen, systematisch te verdelgen met als doel malaria te voorkomen. Om een lokale transmissie te krijgen, moet een anophelesmug eerst bloed zuigen bij een persoon die al voldoende parasieten in zijn bloed heeft. Vervolgens moet die mug iemand anders steken. Er is hier evenwel geen blijvende circulatie van de parasiet die malaria veroorzaakt, namelijk plasmodium.

13.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw volledige antwoord.

We moeten het probleem inderdaad niet opblazen, maar het is toch goed dat we alert blijven voor dergelijke vectoren en ziektes. Met de opwarming van de aarde kunnen die muggen en vectoren hier immers ook leven en overwinteren. Dat is dus een probleem dat we zeker in de gaten moeten houden.

Ik wil daarbij ook nog even verwijzen naar Australië, waar een heel strenge surveillance bestaat. Mocht het hier plots ook uit de hand lopen,

hoeft u het warm water niet opnieuw uit te vinden maar volstaat het even naar Australië te kijken.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n°s 56019212C, 56019214C, 56019215C et 56019216C de Mme Dedonder sont reportées.

14 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle de l'interdiction de vente du protoxyde d'azote aux mineurs" (56019235C)
14 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het toezicht op het verbod op de verkoop van lachgas aan minderjarigen" (56019235C)

14.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Madame le présidente, je renvoie au texte de ma question déposée.

Monsieur le Ministre,

La loi du 19 décembre 2025 modifiant la loi du 24 janvier 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits, est entrée en vigueur le 17 janvier 2026.

Elle prévoit que "Toute personne qui vend des cartouches métalliques contenant du protoxyde d'azote à un jeune qui semble avoir moins de vingt-cinq ans est tenue de vérifier, au moyen d'une preuve d'âge, que ce jeune est âgé de plus de dix-huit ans. »

Elle prévoit également la possibilité de recourir au « mystery shopping » pour contrôler et constater des infractions à la législation, notamment en ce qui concerne l'interdiction de vente de cartouches de protoxyde d'azote aux mineurs, y compris en ligne.

Monsieur le Ministre,

Nous sommes huit mois après l'entrée en vigueur de cette législation. Pourriez-vous faire un état des lieux des contrôles concernant cette législation récente :

Combien de contrôles ont été effectués physiquement et combien de contrôles ont été effectués en ligne depuis l'entrée en vigueur de ces nouvelles mesures ?
Est-ce que le mystery shopping a été utilisé pour certains contrôles ?
Quels sont les résultats de ces contrôles ?
Quel bilan tirez-vous de ces premiers contrôles ?
Quel est l'agenda des prochaines campagnes de contrôle ?
Je vous remercie pour vos réponses.

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, depuis l'entrée en vigueur, au début 2026, des nouvelles dispositions, dix contrôles physiques ont été effectués concernant l'interdiction de vendre des cartouches métalliques de protoxyde d'azote aux mineurs. Ces contrôles ont été réalisés avec des clients mystères mineurs sous la supervision d'un contrôleur expérimenté.

Sur les dix établissements contrôlés, huit ne proposaient pas à la vente de cartouches métalliques de protoxyde d'azote en magasin. Dans deux points de contrôle (un bar à chicha et un supermarché), des cartouches métalliques de protoxyde d'azote sous forme de bombes de crème fouettée ont été vendues à un mineur sans qu'une pièce d'identité attestant de son âge lui soit demandée.

Ces premiers résultats montrent que les cartouches métalliques de protoxyde d'azote sont relativement peu présentes dans les points de vente contrôlés. Ils démontrent néanmoins que lorsque ces cartouches sont proposées à la vente, l'obligation de vérifier l'âge n'est pas toujours correctement appliquée.

Les contrôles se poursuivent et sont intégrés aux campagnes de contrôle futures relatives à la vente aux mineurs. Ils sont organisés sur la base d'une analyse des risques et peuvent notamment cibler les supermarchés et autres points de vente susceptibles de commercialiser ce type de cartouches.

Le recours à des clients mystères mineurs reste un outil essentiel pour vérifier le respect effectif de l'interdiction dans des conditions réelles. Les chiffres mentionnés ci-dessus concernent les contrôles physiques. Aucun contrôle en ligne n'a été effectué. Mon administration examine actuellement comment de tels contrôles peuvent être réalisés dans un cadre juridique correct.

14.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre.

Je ne suis pas une fanatique de la répression ou d'une politique axée sur la répression et

l'interdiction, mais cette mesure d'interdiction de vente du protoxyde d'azote aux mineurs est clairement une bonne mesure, parce que pour protéger notre jeunesse, il faut malheureusement parfois interdire.

Je soutiens pleinement votre méthode du *mystery shopper,* parce que c'est une très bonne façon de se rendre compte de ce qu'il se passe exactement sur le terrain.

Je vous remercie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster**: De vragen nrs. 56019238C en 56019239C van mevrouw Taton worden uitgesteld.

15 Samengevoegde vragen van
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rechtszekerheid voor zelfstandige thuisverpleegkundigen bij controles door ziekenfondsen" (56019240C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verplichte eID-inlezing voor thuisverpleegkundigen" (56019254C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen fraude in de thuisverpleegkunde" (56019384C)
15 Questions jointes de
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sécurité juridique des infirmiers à domicile indépendants lors des contrôles des mutualités" (56019240C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'obligation de lecture de la carte eID par les infirmiers à domicile" (56019254C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre la fraude dans le domaine des soins infirmiers à domicile" (56019384C)

15.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, ik werd gecontacteerd door een zelfstandige thuisverpleegkundige die na een controle door het ziekenfonds te maken kreeg met retroactieve wijzigingen van de zorgcategorieën en financiële inhoudingen. Ze tekende tijdig bezwaar aan en bezorgde alle bijkomend gevraagde medische en verpleegkundige bewijsstukken. Volgens de door het RIZIV gepubliceerde procedure verbindt het ziekenfonds zich ertoe binnen 25 kalenderdagen een definitief antwoord te geven. In het betreffende dossier bleef dat antwoord echter maandenlang uit, terwijl de financiële gevolgen wel al werden uitgevoerd.

Voor een kleine zelfstandige kan zoiets bijzonder zwaar wegen. Daarbovenop is het erg onduidelijk welke beroepsprocedure precies moet worden gevolgd en wie de beslissing juridisch kan aanvechten: de patiënt, de thuisverpleegkundige of beiden.

Controles zijn noodzakelijk om fraude tegen te gaan. Daar zult u zeker een medestander in vinden bij het Vlaams Belang. Ook controlerende instellingen moeten echter duidelijke termijnen respecteren en hun beslissingen tijdig motiveren.

Mijn vragen zijn de volgende.

Welke juridische waarde heeft de termijn van 25 kalenderdagen en wat zijn de gevolgen wanneer een ziekenfonds die termijn niet respecteert?

Kan een ziekenfonds bedragen retroactief inhouden terwijl een tijdig ingediend verweer nog niet definitief werd beoordeeld?

Welke concrete beroepsprocedure staat open tegen dergelijke beslissingen en wie kan die procedure instellen?

Bent u bereid de procedure te verduidelijken en te voorzien in een toegankelijke en betaalbare beroepsmogelijkheid, zodat ook kleine zelfstandige thuisverpleegkundigen niet financieel onderuitgaan voordat hun verweer inhoudelijk wordt behandeld?

15.02 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, mijn onderwerp is niet helemaal hetzelfde. Ik heb een vraag over de verplichte e-ID voor thuisverpleegkundigen.

U weet dat vanaf 1 januari de verplichte elektronische identificatie wordt gekoppeld aan de vergoedingen van thuisverpleegkundigen. Aanvankelijk was de norm vastgelegd op 90 % van de bezoeken die elektronisch geregistreerd moeten worden. Nadien is die norm verlaagd naar 85 %, begrijp ik. We krijgen evenwel heel wat signalen uit het werkveld dat die norm in bepaalde situaties echt onhaalbaar is voor thuisverpleegkundigen. Verpleegkundigen geven aan dat ze ondanks maximale inspanningen blijven

steken op 70 tot 80 %, bijvoorbeeld omdat patiënten door hun psychische of cognitieve toestand niet kunnen meewerken, omdat er tijdens het bezoek geen geldige identiteitskaart aanwezig is of omdat registraties door technische problemen niet kunnen gebeuren.

U hebt aangegeven dat er een eerste testfase loopt en dat er een impactanalyse zou plaatsvinden voordat de maatregel in werking treedt vanaf 1 januari. Die datum komt steeds dichterbij. In dat kader heb ik enkele vragen voor u.

Hebt u al eerste resultaten van de testfase? Bevestigen die dat de signalen uit het werkveld kloppen en dat de norm van 90 % of 85 % in de praktijk moeilijk haalbaar is voor de registratie van de elektronische identiteitsbewijzen? Welke redenen worden daarvoor aangehaald en welke eerste conclusies kunnen daaruit worden getrokken?

Hoe zal in de impactanalyse rekening worden gehouden met zorgsituaties waarin patiënten door hun kwetsbaarheid of andere omstandigheden moeilijk elektronisch kunnen worden geïdentificeerd? Hoe zult u vermijden dat een maatregel die bedoeld is om fraude tegen te gaan er in de praktijk toe leidt dat thuisverpleegkundigen bepaalde kwetsbare patiënten moeilijker kunnen blijven verzorgen of zelfs niet meer in hun patiëntenbestand opnemen?

15.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, in de discussie over mogelijke fraude en de opvolging ervan in de thuisverpleging is het heel belangrijk dat we de W-waarden correct opvolgen. Die drempelwaarden moeten een knipperlicht zijn voor verder onderzoek. Het lijkt me ook logisch dat de zorgverstrekker op een eenvoudige en correcte manier kan opvolgen waar hij of zij zich bevindt ten opzichte van die drempelwaarden. Vanuit de sector wordt al geruime tijd gevraagd om in de software een dashboard of een waarschuwingssysteem te voorzien, zodat de verpleegkundige automatisch een knipperlicht krijgt wanneer de W-waardedrempel nadert.

Er is me ook gewezen op een mogelijke discrepantie tussen de registratiesystemen. De software van de thuisverpleegkundigen zou de prestaties registreren op basis van de datum waarop de nomenclatuurprestatie wordt uitgevoerd. De verzekeringsinstellingen hanteren bij hun opvolging daarentegen de datum waarop de prestatie wordt uitbetaald. Dat kan soms verstrekkende gevolgen hebben.

Ten slotte besteden heel wat verpleegkundigen hun administratie uit aan een administratieve groepering, die daarvoor ook wordt betaald. Ook daar worden bepaalde discrepanties vastgesteld, hoewel men een correcte facturatie zou moeten kunnen opvolgen.

Graag had ik van u vernomen of u bereid bent de softwareleveranciers te wijzen op hun verplichting om een dashboard te ontwikkelen, zodat de W-waarden kunnen worden opgevolgd en men gewaarschuwd kan worden.

Wenst u de verschillende registratiemomenten te onderzoeken en eventueel bij te sturen?

Dit verschil in berekening kan aanleiding geven tot een overschrijding en dus tot sancties. Kunnen die sancties worden aangevochten wanneer blijkt dat een sanctie op die grond werd opgelegd? Kan daarmee rekening worden gehouden bij de controles?

Graag had ik ook geweten welke verantwoordelijkheid de administratieve groepering draagt wanneer een bepaalde facturatie niet correct blijkt te zijn. Hebben de groeperingen vandaag de opdracht of de verantwoordelijkheid om de aangesloten verpleegkundigen te waarschuwen wanneer ze zien dat de W-waardedrempel nadert?

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, in het algemeen wil ik nog eens herhalen dat handhaving in de thuisverpleging, zoals ook elders, gericht en proportioneel moet gebeuren. Binnen de Overeenkomstencommissie verpleegkundigen-verzekeringsinstellingen wordt volop gewerkt aan de concrete uitvoering van de maatregelen uit ons Actieplan handhaving, waarbij er aandacht is voor de praktische haalbaarheid en de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare patiënten.

Wat de e-ID-inlezing betreft, de elektronische identiteitsverificatie is vandaag al een verplichting, maar er zal nu een betalingsvoorwaarde worden ingevoerd, waarbij een minimale leesgraad vereist is. Uit de impactanalyse blijkt dat eind 2025 ongeveer 61 % van de facturatiebestanden een leesgraad van minstens 90 % behaalde. Recente cijfers wijzen op een verbetering, misschien mede dankzij de communicatie naar de thuisverpleegkundigen. De precieze modaliteiten, waaronder de vereiste leesgraad, moeten ook bij koninklijk besluit worden vastgelegd en maken nu het voorwerp uit van overleg binnen de Overeenkomstencommissie.

De verzekeringsinstellingen zullen ook communicatiecampagnes voeren naar hun leden. Daarnaast wordt onderzocht of verzekeringsinstellingen bij een lage leesgraad een niet-blokkerende waarschuwing kunnen geven, zodat thuisverpleegkundigen hun werkwijze tijdig kunnen bijsturen. In het algemeen moeten we inderdaad echt vermijden dat patiënten het slachtoffer worden, dat goed menende mensen het slachtoffer worden, terwijl we wel naar een duidelijk kader van handhaving moeten gaan, ook wat betreft betaling.

Wat de W-waarden betreft, versturen de verzekeringsinstellingen al individuele waarschuwingsbrieven wanneer verpleegkundigen de drempel naderen. Voor de berekening van het jaarplafond telt steeds de datum waarop de prestatie werd uitgevoerd, niet de facturatiedatum. Mevrouw Depoorter, er bestaat momenteel inderdaad geen verplichting voor softwareleveranciers of administratieve groeperingen om automatische waarschuwingen aan te bieden. Ik denk dat we dat kunnen onderzoeken. Ik wil niet te snel oordelen over die ideeën, maar sta mij toe te zeggen dat het niet de bedoeling kan zijn om louter een administratieve facilitering in te voeren, waarbij men dan net onder die toch relatief hoge vastgelegde drempelwaarde blijft. We moeten het volgens mij hebben over de kwaliteit van de zorg en de vraag of mensen bezig zijn met een zorgverlening die kwalitatief in orde is of niet, eerder dan een administratieve rem te zetten in de software. Maar ik ben altijd bereid om over zoiets na te denken.

Wat de termijn van 25 kalenderdagen betreft, mevrouw Sneppe, gaat het om een afspraak uit 2014 binnen de Overeenkomstencommissie. Die 25 dagen hebben eigenlijk maar een beperkte juridische draagwijdte. Als een ziekenfonds die termijn structureel niet naleeft, kan dat binnen de commissie worden besproken. Tot op heden hebben we daarover geen signalen ontvangen.

Het gaat daarbij niet om een formele beroepsprocedure met opschortende werking, maar om de mogelijkheid voor verpleegkundigen om tegenargumenten en bewijsstukken aan het ziekenfonds te bezorgen. Als men een beslissing van de adviserend arts formeel wil betwisten, kan men een beroep instellen bij de arbeidsrechtbank. Dat is natuurlijk een belangrijk recht voor de thuisverpleegkundige in dit geval, dat die hoe dan ook heeft. De formaliteiten daarvoor liggen volgens mij ook duidelijk vast. Dat is belangrijk. Er kan nooit tot een bestraffing worden overgegaan zonder dat mensen de rechtsmiddelen hebben kunnen gebruiken om zich te verdedigen. Dat is essentieel. De termijn van 25 dagen is eigenlijk een praktische afspraak binnen de Overeenkomstencommissie.

15.05 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het verwondert mij wel een beetje. Het gaat inderdaad om praktische afspraken, maar als die niet worden nageleefd en er geen stok achter de deur is, kunnen de ziekenfondsen uiteindelijk de rechtszekerheid van de zelfstandige zorgverstrekker in het gedrang brengen.

15.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Als ik even mag, (…) en in beroep kan gaan bij de arbeidsrechtbank en zo verder. Bovendien, het is een afspraak. Mocht vastgesteld worden dat er ziekenfondsen zijn die de afspraken niet respecteren, kan dat op de agenda van de Overeenkomstencommissie worden geplaatst. Bij mijn weten is een dergelijke agendering nog niet gebeurd. Dat zou nuttig kunnen zijn, maar bij mijn weten is dat nog niet gebeurd.

15.07 **Dominiek Sneppe** (VB): Als een zelfstandig verpleegkundige of een zelfstandige zorgverstrekker tijd moet besteden aan de arbeidsrechtbank en andere juridische stappen, kan die niet bezig zijn met zorgverlening. We moeten dat dus zoveel mogelijk vermijden. Als er afspraken zijn, moet er ook een stok achter de deur zijn om die te handhaven.

Op zijn minst moeten volgens ons de boetes worden opgeschort. Het lijkt me juridisch niet correct dat een zelfstandig verpleegkundige zonder loon wordt gezet en dat de bezoldigingen worden ingetrokken. Iedereen is onschuldig tot het tegendeel bewezen is. Ook een zelfstandig verpleegkundige moet zich kunnen verweren zonder dat zijn loon wordt opgeschort. Dat is hier duidelijk niet het geval.

Het ziekenfonds weigert binnen de 25 kalenderdagen een definitieve beslissing te bezorgen, maar ondertussen zitten de zelfstandige verpleegkundigen wel met de gebakken peren. Ik hoop dan ook dat daarin nog verbetering komt.

Ik zal dit terugkoppelen naar die zelfstandig verpleegkundige. Ik zal aangeven dat, als het probleem zich inderdaad frequent voordoet, dit op de agenda moet worden geplaatst en dat de afspraak bindend moet worden gemaakt of dat daarover op zijn minst overleg moet worden gepleegd.

Het kan toch niet de bedoeling zijn dat onze zorgverstrekkers zich moeten bezighouden met

juridische stappen in plaats van met zorgverlening. Ze hebben volgens mij wel wat beters te doen.

15.08 **Nawal Farih** (cd&v): Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister.

U hebt aangegeven dat 61 % van de verpleegkundigen vandaag de norm van 90 % haalt. Dat betekent ook dat 40 % van de verpleegkundigen die norm nog niet haalt. Aangezien er financiële sancties verbonden zijn aan de mogelijke kloof tussen de norm die de overheid vastlegt en het aantal registraties met e-ID's dat verpleegkundigen behalen, wil ik u toch nog eens oproepen om de komende twee maanden verder in te zetten op informatieverstrekking. U zegt dat de eerdere communicatiecampagnes volgens u hebben geholpen. 1 januari komt snel dichterbij, maar zoveel mogelijk verpleegkundigen informeren moet nu echt het doel zijn.

We hebben in de toekomst veel zorgkundigen en verpleegkundigen nodig. We mogen hen niet sanctioneren voor het mooie beroep dat ze uitoefenen. De maatregelen moeten inderdaad gericht en proportioneel zijn. Ik maak me zorgen over de 40 % die de norm vandaag helaas niet haalt.

15.09 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, fraude in de thuisverpleegkundige zorg moeten we absoluut aanpakken. Ik hoor echter veel ongenoegen en bezorgdheid bij het toch wel overgrote deel van de zelfstandige thuisverpleegkundigen die correct werken, die hun patiënten verzorgen en die dag en nacht voor hen beschikbaar zijn.

Uiteindelijk komt het er vandaag ook op neer dat heel wat mensen met het beroep stoppen. De uitval is groot en die wordt gerapporteerd. Dat moeten we voorkomen. Dat kunnen we door mensen beter te begeleiden. Ik vind het goed dat u een dashboard wilt laten onderzoeken. Dat kan immers een middel zijn om mensen erop te wijzen dat ze op een bepaald moment te veel zorg verlenen en dat ze dan moeten kijken of ze een patiënt kunnen doorschuiven naar een collega.

Wat de registratie betreft, zegt u dat men altijd kijkt naar de dag van uitvoering. Ik heb voorbeelden waarbij men wel kijkt naar de dag van uitbetaling. Dat zal ik zeker doorgeven. Bij discussies moet de correcte wetgeving worden toegepast.

Over de waarschuwing van administratieve organen hebt u zich, dacht ik, niet uitgesproken. Ook daar gaat het om grote subsidiebedragen die naar administratieve organisaties gaan. Daar hoort toch een verantwoordelijkheid bij. Ook daar moeten we durven nadenken over een dashboardfunctie, een waarschuwingsfunctie.

Ten slotte, mijnheer de minister, hebt u het over de kwaliteit van de zorg. Uiteraard moet die altijd gegarandeerd zijn. Het is echter niet aan de mutualiteiten om die te controleren, want zij zijn hierin rechter en partij. Ze bieden zelf ook thuiszorg aan. Als we het dus hebben over de kwaliteit van de zorg en het kraantje dat de mutualiteiten op vandaag dichtdraaien voor de zelfstandige thuisverpleegkundigen, dan is dat geen correcte manier van werken. Betaal maar eens je facturen wanneer de mutualiteit zonder waarschuwing, want dat gebeurt ook, de terugbetaling van je zorgprestaties plots stopzet. Dat is geen correcte manier van handelen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De Early and Equitable Fast Access (EEFA)-procedure" (56019251C)
16 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La procédure Early and Equitable Fast Access (EEFA)" (56019251C)

16.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, sinds 1 januari 2026 is het mogelijk om innovatieve geneesmiddelen via een Early and Equitable Fast Access-procedure sneller bij de patiënten te krijgen. We hebben daarvoor ook een budget van 25 miljoen euro vrijgemaakt.

Nu vernemen we uit de sector van heel wat artsen dat de procedure voorlopig maar beperkt wordt gebruikt wegens de administratieve rompslomp en de arbeidsintensiviteit die gepaard gaan met een dergelijke procedureaanvraag. Dat is jammer.

Volgens de informatie die ik heb gekregen, zijn tot op heden slechts vier geneesmiddelen voor in totaal veertien patiënten in het programma opgenomen. Dat lijkt me weinig voor toch wel een mooie procedure die de overheid aanbiedt.

Mijnheer de minister, hoe verklaart u zelf het beperkte gebruik van de Early and Equitable Fast Access-procedure?

Erkent u de signalen dat de administratieve lasten voor artsen en ziekenhuisapothekers een drempel vormen? Kan die registratieprocedure worden vereenvoudigd?

Welke concrete doelstellingen hebt u zelf vooropgesteld voor het gebruik van de procedure? Zult u evalueren of de procedure in de praktijk ook effectief haar doelstellingen behaalt?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, de nieuwe procedure is sinds maart 2026 operationeel. Dat is lang en niet lang. In die periode werden al vier kaderbeslissingen genomen, namelijk drie voor oncologische indicaties, namelijk kleincellige longkanker en triple-negatieve borstkanker, en één voor een zeldzame nierziekte, IgA-nefropathie.

Tussen 15 juli en 1 oktober 2026 werden 49 nieuwe geldige individuele aanvragen ingediend. De Commissie voor advies in geval van tijdelijke tegemoetkoming voor het gebruik van een geneesmiddel nam 31 positieve en 2 negatieve beslissingen.

Volgens de gegevens van die commissie waren op 6 oktober 2026 nog 16 aanvragen in behandeling. Op die datum werden nog 29 patiënten behandeld via het programma Early and Equitable Fast Access. Twee dossiers werden intussen door de behandelende arts afgesloten.

Dat toont aan dat het programma daadwerkelijk wordt gebruikt. Immers, 31 patiënten met een onbeantwoorde medische nood kregen kosteloos toegang tot een innovatief geneesmiddel, nog vóór de reguliere terugbetaling. Sindsdien is het aantal geregistreerde aanvragen blijven stijgen tot 102 op datum van vandaag, 4 november. Er is dus wel dynamiek.

Ik heb echter uiteraard begrip voor de bezorgdheid over de administratieve lasten. Het RIZIV volgt de ervaringen van de gebruikers nauwgezet op. Feedback van artsen, ziekenhuizen, apothekers en bedrijven wordt verzameld en besproken met de betrokken diensten.

Van bij de start werden enkele gegevens opgevraagd die nodig zijn voor een correcte beoordeling en opvolging. Gebruikers worden daarbij ondersteund met richtlijnen, een webinar en documentatie via de website van het RIZIV.

Waar verbetering mogelijk blijkt, laat ik ze verder onderzoeken in overleg met de betrokken actoren. Zoals bepaald in het regeerakkoord, zal het programma in 2027 worden geëvalueerd. Ik laat in het bijzonder nagaan hoe snel de patiënten via de procedure effectief een behandeling krijgen, want daarover gaat het tenslotte. We hebben daarvoor een iets langere observatieperiode nodig dan enkele maanden.

Op basis van die evaluatie en de ervaringen op het terrein bekijk ik of optimalisatie of bijkomende communicatie inderdaad wenselijk zijn.

16.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel voor de cijfers. Die zijn inderdaad positiever dan de cijfers die ik eerder heb mogen ontvangen. Dat is een goede zaak.

Vanuit de sector zijn twee suggesties gekomen. De eerste gaat over de toegangsaanvraag voor het proces. Artsen en ziekenhuisapothekers moeten blijkbaar eerst toestemming aan het ziekenhuis vragen, voordat ze toegang krijgen tot het portaal ProGezondheid, om stappen te zetten in de applicatie. De vraag is of de artsen rechtstreeks toegang kunnen krijgen.

Een tweede suggestie betreft de registratie per verpakking. Nu moeten ziekenhuisapothekers elke verstrekte verpakking afzonderlijk registreren om een vergoeding te verkrijgen. Het lijkt me nochtans logisch dat wanneer een patiënt met een bepaalde behandeling start, die in het systeem gekend is, waardoor het overbodig zou moeten zijn om bij elke nieuwe dosis medicijnen voor die patiënt medicatie opnieuw te moeten registreren.

Dat zijn twee suggesties die ik u kan meegeven. Hopelijk kunnen ze worden opgenomen. Ik ben alvast blij dat er daadwerkelijk van de procedure wordt gebruikgemaakt.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

17 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De samenstelling van de CTG" (56019253C)
17 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La composition de la CRM" (56019253C)

17.01 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG), die een

centrale rol speelt in de beslissing over de terugbetaling van geneesmiddelen in ons land. Er zijn steeds meer aanvragen en dossiers. Bovendien worden die steeds complexer, zeker binnen de oncologie, waar nieuwe behandelingen en gepersonaliseerde geneesmiddelen elkaar snel opvolgen. Daardoor moet de commissie voor bepaalde dossiers ook een beroep doen op experts van buiten de commissie, wat het proces vaak kan vertragen. Belgische patiënten wachten vandaag gemiddeld al 552 dagen op terugbetaling nadat een geneesmiddel Europees is goedgekeurd. Ik denk dat we daar echt stappen vooruit moeten kunnen zetten.

De CTG bestaat uit een aantal vaste vertegenwoordigers, onder wie zeven leden met een academische achtergrond. Op dit moment zijn er echter geen vaste leden die gespecialiseerd zijn in oncologie, terwijl 60 % van de dossiers die vandaag door de CTG worden behandeld over oncologische geneesmiddelen gaan.

Dat is een groot en complex domein. Bovendien zien we dat de vraag naar onco-medicatie toeneemt, helaas door de stijging van het aantal kankergevallen. Kunnen we er niet voor zorgen dat structureel iemand met onco-ervaring aanwezig kan zijn in de Commissie?

Hoe kijkt u zelf naar de huidige samenstelling van de CTG? Vindt u het wenselijk dat onco-experts daar structureel als effectief lid vertegenwoordigd kunnen worden?

Overweegt u om bij de samenstelling van de CTG met quota of andere criteria te werken, zodat bepaalde medische specialismen die een groot deel van de dossiers behandelen en vaak terugkomen, structureel vertegenwoordigd kunnen zijn?

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, ik denk dat er een misverstand is. Ofwel ben ik helemaal verkeerd ingelicht.

De volgende mensen behoren tot de effectieve en plaatsvervangende leden van de CTG.

Professor Paul Clement, Belgisch medisch oncoloog, maakt deel uit van de dienst algemene medische oncologie van UZ Leuven. Hij is onder meer gespecialiseerd in hoofd- en halskankers, tumoren van de hersenen en het centraal zenuwstelsel, en in de ontwikkeling van nieuwe kankerbehandelingen en klinische studies. Hij is hoogleraar aan de faculteit Geneeskunde in Leuven en tevens voorzitter van het departement Oncologie van de universiteit. Zijn onderzoeksactiviteiten richten zich onder meer op precisie-oncologie, immunotherapie, hersentumoren en vroegtijdige kankerdetectie. Hij wordt echt beschouwd als een van de Belgische experts in de medische oncologie, zowel klinisch als academisch.

Daarnaast is er professor Sylvie Rottey, een vooraanstaand medisch oncoloog verbonden aan het UZ Gent en de Universiteit Gent. Ze is diensthoofd Medische Oncologie van het UZ Gent en verantwoordelijk voor de Drug Resarch Unit Ghent, die gespecialiseerd is in onder meer vroege klinische studies fase 1 in de oncologie. Ze is hoogleraar aan de UGent binnen het domein van de farmacologie en de oncologie. Al meer dan 20 jaar is ze actief als onderzoekster in de ontwikkeling van nieuwe kankerbehandelingen, waaronder immunotherapieën, celtherapieën en geconjugeerde antilichamen.

Vervolgens is er professor Sandra Jacobs, pediatrisch hemato-oncoloog aan het UZ Leuven en de KU Leuven. Ze is verantwoordelijk voor de dienst Pediatrische Oncologie in Leuven en hoogleraar aan de faculteit Geneeskunde in Leuven.

Ten slotte is er Sylvia Faict, hematoloog en Belgisch onderzoekster verbonden aan het UZ Brussel en de Vrije Universiteit Brussel. Ze maakt deel uit van de dienst Hematologie in Brussel en verricht daarnaast academisch onderzoek binnen het Translational Oncology Research Centre. Haar voornaamste expertisegebieden zijn hematologie, multipel myeloom en innovatieve therapieën voor hematologische kankers.

In tegenstelling tot Paul Clement en Sylvie Rottey, die medisch oncologen zijn en gespecialiseerd zijn in solide tumoren, is Sylvia Faict in de eerste plaats gespecialiseerd in bloedziekten en hematologische maligniteiten, waaronder multipel myeloom en lymfomen. Ik denk dus dat die experts echt complementair zijn aan elkaar.

Om ervoor te zorgen dat oncologische dossiers kunnen worden beoordeeld op basis van de meest recente gespecialiseerde klinische kennis, heeft het RIZIV de voorbije jaren de samenwerking met wetenschappelijke beroepsverenigingen verder versterkt. Voor oncologische dossiers worden de Belgian Society of Medical Oncology en de Belgian Hematology Society systematisch geraadpleegd, met het verzoek de meest relevante experts aan te duiden, afhankelijk van de aard van het dossier. Het beroep op die externe deskundigen heeft geen

impact op de doorlooptijd van de terugbetalingsprocedures. Die consultaties zijn immers geïntegreerd in de planning van de werkzaamheden van de commissie en verlopen binnen de reglementair vastgelegde termijnen.

Daarnaast beschikt de CTG over een specifieke oncologische werkgroep, waarin oncologische dossiers meerdere malen per jaar worden besproken. Die werkgroep wordt versterkt door een nauwere betrokkenheid van deskundigen, aangeduid door de BSMO en de BHS.

Om rekening te houden met de toenemende subspecialisatie binnen de oncologie, werden bovendien twee subwerkgroepen opgericht: een voor solide tumoren en een voor hematologische aandoeningen. Daardoor kan voor elk dossier een beroep worden gedaan op expertise die nauw aansluit bij het betrokken ziektebeeld.

Ten slotte dient te worden verduidelijkt dat de in de vraag vermelde gemiddelde termijn van 522 dagen betrekking heeft op de volledige periode tussen de Europese vergunning voor het in de handel brengen en de terugbetaling in België. Van die periode gaan ongeveer 196 dagen vooraf aan de indiening van de terugbetalingsaanvraag bij de CTG.

Het is dan ook niet juist is om te stellen dat het beroep op externe expertise een verklaring vormt voor de doorlooptijd. Integendeel, de expertise stelt de commissie in staat om over gespecialiseerde kennis te beschikken die noodzakelijk is om bijzonder complexe dossiers goed te beoordelen, met naleving van de wettelijk vastgelegde termijnen.

17.03 **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik had het over de zeven leden met een academisch mandaat. Helaas is er vandaag nog niemand met onco-expertise bij. Als ik kijk naar de lijst van de zeven leden die met een academisch mandaat zijn aangeduid, gaat het om leverziekten, pneumologie, farmaceutische wetenschappen, cardiologie, kinderartsen, maag-, darm- en leverartsen en klinische farmacologie. Daar stopt het.

Voor de volwassenenoncologie zit er volgens de informatie waarover ik beschik bij de zeven academische mandaten niemand met een oncologische achtergrond. Ik denk dat het belangrijk is om daar ook naar te kijken.

Uiteraard is het goed dat de CTG een beroep kan doen op wetenschappelijke organen om beter onderbouwde beslissingen te nemen. Ik zeg niet dat dit de procedure vertraagt, maar ik vind wel dat we moeten kunnen en durven kijken naar de zeven leden met een academisch mandaat en ervoor moeten zorgen dat alle expertisegebieden daarin aan bod komen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

18 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le renoncement ou report des jeunes à aller chez le dentiste" (56019222C)
18 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Jongeren die een tandartsbezoek uitstellen of afzien van tandzorg" (56019222C)

18.01 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Madame la présidente, je renvoie au texte de ma question déposée.

Monsieur le ministre,

Un jeune Belge sur trois âgé de moins de 35 ans a déjà reporté une consultation ou un traitement dentaire pour des raisons financières, selon une nouvelle enquête.

Toutes raisons confondues, la moitié des moins de 35 ans a déjà reporté une consultation ou un traitement dentaire, voire y a renoncé complètement.

Un tiers de tous les jeunes l'ont fait pour des raisons financières. Un jeune, dont les moyens ne sont pas toujours suffisants pour répondre à ses besoins quotidiens, ne sera pas enclin à se rendre chez le dentiste, s'il sait que cela représentera un coût important qui s'ajoute à toutes les dépenses qui l'accablent déjà.

Par ailleurs, à cela, s'ajoute souvent une mauvaise estimation du coût réel. Or ce sont justement les jeunes qui ont le plus souvent tendance à le sous-estimer. 84 % des moins de 35 ans sous-estiment le coût moyen d'un implant avec couronne. Ils arrivent ainsi en tête, bien qu'ils ne soient pas les seuls: plus de sept Belges sur dix sous-estiment ce coût.

Pour de nombreux Belges, l'accessibilité financière est une préoccupation réelle. Plus de la moitié des sondés ne disposant pas d'assurance dentaire

déclarent avoir des difficultés à faire face à une facture dentaire imprévue de 1 000 euros.

Or, Les soins dentaires nécessaires ne doivent pas dépendre du pouvoir d'achat d'une personne. Les soins de santé ne devraient pas être un luxe que l'on décide de s'octroyer mais un service auquel on accède quand il est nécessaire. N'oublions pas que les dents influencent fortement l'apparence d'une personne, des dents mal soignées ou manquantes peuvent avoir un impact sur une mauvaise estime de soi qui peut jouer sur l'insertion sociale ou professionnelle d'une personne.

C'est la raison pour laquelle les mutuelles réclament un renforcement de la protection collective pour les soins dentaires médicalement nécessaires et justifiés.

Avez-vous pris connaissance des inquiétantes données de cette enquête et quelle est votre réaction?

Quelles mesures peuvent être prises pour éviter la désinformation médicale sur les coûts réels des soins médicaux?

Que répondez-vous aux demandes des mutuelles de renforcement de la couverture, notamment chez les jeunes dont l'accès aux soins de santé est parfois fortement limité?

18.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Schlitz, le fait que près d'un jeune de moins de 35 ans sur trois déclare avoir déjà reporté des soins dentaires pour des raisons financières illustre en effet les difficultés d'accès auxquelles certains jeunes sont confrontés. Il est donc important de maintenir les habitudes de prévention chez les jeunes, notamment lorsqu'ils quittent le cadre familial. Des actions de sensibilisation peuvent jouer un rôle-clé, car des visites préventives régulières permettent d'éviter des traitements plus lourds.

En ce qui concerne la transparence des coûts, les dentistes sont tenus d'afficher leurs tarifs et leur statut de conventionnement. Il est essentiel que les patients disposent d'une information claire sur le coût des traitements et leur remboursement. Enfin, des mesures concrètes ont été prises pour renforcer l'accessibilité financière. Depuis le 1er juillet, aucun supplément ne peut plus être facturé aux bénéficiaires de l'intervention majorée pour les prestations dentaires ambulatoires remboursables, et les tarifs maximaux de l'accord national dento-mutualiste renforcent la sécurité tarifaire en attendant la réforme de la nomenclature prévue pour 2028.

Je partage l'objectif d'une protection collective solide pour les soins dentaires médicalement nécessaires et justifiés, et cette préoccupation doit également guider les travaux de réforme de la nomenclature.

18.03 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Je vous remercie pour les réponses, monsieur le ministre.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

19 Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "?Le conditionnement du RIS à un traitement pour les addictions du bénéficiaire" (56019223C)
19 Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Verplichte verslavingszorg als voorwaarde voor de toekenning van een leefloon" (56019223C)

19.01 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, c'est justement un débat que nous venons d'avoir avec votre collègue Van Bossuyt en commission des Affaires sociales; raison pour laquelle j'étais quelque peu en décalage pour poser ma question ici.

Nous discutons en ce moment d'un projet de loi qui vise à imposer un suivi médical, donc un trajet de soins, aux victimes d'assuétudes, dans le cadre des PIIS – ce sont les contrats qui sont passés entre un CPAS et un bénéficiaire d'allocations sociales. Il s'agit donc des dernières allocations qui permettent à une personne de vivre dans la dignité dans notre pays. Votre collègue, la ministre Van Bossuyt, prévoit de conditionner ces aides à l'inscription à un trajet de soins. Cela pose évidemment de nombreuses questions d'un point de vue éthique et de secret professionnel pour les assistants sociaux eux-mêmes, qui vont se retrouver dans une situation où ils devront eux-mêmes diagnostiquer un cas d'assuétude, tout comme cela pose question pour les médecins qui devront également transmettre des informations.

Cela dit, ce qui m'interpelle le plus, c'est que l'on prétende de la sorte que les victimes d'assuétudes ne voudraient pas se soigner et qu'elles auraient besoin d'une menace pour s'inscrire dans un trajet de soins, alors que les retours de terrain nous disent qu'une personne en situation d'assuétudes

a besoin de tout, sauf d'être menacée pour se soigner, et que c'est même plutôt contre-productif. D'autre part, retirer un revenu à quelqu'un qui est en situation d'assuétudes va tout simplement le faire plonger encore plus bas et se retrouver dans une situation encore pire que la précédente. Mais surtout, et c'est là que ma question s'adresse à vous, le secteur nous parle de files d'attente pour pouvoir accéder à un trajet de soins relativement à un suivi d'assuétudes.

Il paraît quand même assez incongru de demander aux personnes en pareille situation de suivre un trajet, alors qu'il n'y a pas de place dans les parcours. Donc, ma question est la suivante: un dialogue a-t-il été noué par la ministre Van Bossuyt à ce sujet avec votre cabinet, mais également avec les entités fédérées qui sont en charge des trajets de soins? Je vous remercie.

19.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Schlitz, votre question sur le conditionnement du RIS relève de la compétence de ma collègue, la ministre de l'Intégration sociale, et non de mes attributions directes. L'offre de soins en matière d'assuétudes repose sur un large éventail de dispositifs qui ne relèvent pas exclusivement de ma compétence: médecins généralistes, psychologues, services spécialisés en assuétudes, centres de santé mentale, hôpitaux généraux et psychiatriques, entre autres. Dès lors, il n'existe pas de recensement unique des places de désintoxication au niveau national. Les parcours de soins sont multiples et adaptés aux besoins des personnes concernées, qu'il s'agisse d'un accompagnement ambulatoire, résidentiel ou hospitalier. Une estimation globale et précise du nombre de places disponibles ne peut donc être établie sur cette seule base.

19.03 **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, vous me dites que cette question concerne votre collègue, Mme Van Bossuyt. Or, en tant que ministre de la Santé, vous êtes concerné puisque les retours de terrain nous indiquent qu'il n'y a pas suffisamment de places dans les trajets de soins.

Monsieur le ministre, ce gouvernement prévoit-il d'investir dans la prévention et l'accompagnement des assuétudes à travers ses budgets, notamment dans le cadre des négociations budgétaires actuelles qui sont évidemment au point mort en ce moment? Pour être parfaitement cohérent, on s'attend toutefois à ce qu'un gouvernement impose toutes les conditions pour voir aboutir une réforme qu'il entreprend. Sinon, et c'est le cas, je continuerai de penser que cette augmentation des conditionnalités et les menaces qu'elle fait peser sur ses bénéficiaires, qui sont en grande détresse, n'est en réalité que du populisme. À nouveau, monsieur le ministre, votre réponse me conforte dans cette conviction. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster**: Mevrouw Merckx is niet aanwezig om haar vraag nr. 56019286C te stellen.

20 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De detectie van fraude in de tandheelkunde" (56019312C)
20 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La détection des fraudes en dentisterie" (56019312C)

20.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, nog niet zo heel lang geleden werden we geconfronteerd met een bericht in de media dat een tandarts ervan verdacht werd tandheelkundige handelingen te hebben laten uitvoeren door medewerkers die daar niet bevoegd voor zouden zijn. De geleverde prestaties zouden bovendien ook aan de verplichte ziekteverzekering zijn aangerekend. Extra pijnlijk daarbij vind ik dat het de medewerkers zelf waren die klacht hadden ingediend, omdat ze zich niet competent voelden voor de opdrachten die ze kregen.

Ik stel mij daarbij de volgende vragen. Op welke manier wordt vandaag nagegaan of tandheelkundige prestaties mogelijk door onbevoegden worden uitgevoerd? Als behandelingen door anderen worden uitgevoerd onder het RIZIV-nummer van een bepaalde tandarts zal dat allicht aanleiding geven tot hoge aantallen prestaties. Waren er aanwijzingen dat er veel meer prestaties gebeurden in de regio waar die praktijk gevestigd was? Wat is er met die informatie gebeurd? Zijn er nog andere dossiers waarin er een vermoeden bestaat dat prestaties worden uitgevoerd door onbevoegden? Ten slotte, op welke manier kunnen patiënten vandaag nagaan of een behandelaar over het juiste diploma beschikt? Is die informatie volgens u voldoende helder en ook laagdrempelig beschikbaar?

20.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV controleert of de aangerekende prestaties daadwerkelijk werden

uitgevoerd en voldoen aan de nomenclatuurvoorwaarden. Daarbij kan de dienst onder meer door het verhoren van verzekerden of zorgverleners vaststellen dat prestaties niet door de betrokken zorgverlener zelf werden uitgevoerd.

Wanneer er sprake is van vermoedelijke onwettige uitoefening van een gezondheidszorgberoep worden dergelijke dossiers overgemaakt aan het parket of het arbeidsauditoraat, aangezien dat buiten de bevoegdheid van de DGEC valt. Ik kan geen details geven over specifieke onderzoeken, dus mijn antwoord is heel algemeen. In het algemeen volgt de DGEC afwijkende prestatievolumes op en onderzoekt onder meer of prestaties over meerdere RIZIV-nummers worden gespreid en of de identiteit van andere zorgverleners wordt gebruikt.

Wat betreft uw vraag of er nog andere dossiers zijn waarin vermoed wordt dat prestaties door onbevoegden worden uitgevoerd, kan ik bevestigen dat dat inderdaad nog voorkomt. Dergelijke vermoedens komen niet alleen voor in de tandheelkunde, maar ook bij andere gezondheidszorgberoepen.

Tot slot kunnen patiënten via Health PRO, de gezamenlijke zoekmotor van de FOD Volksgezondheid en het RIZIV, nagaan of een zorgverlener bevoegd is om zijn beroep uit te oefenen. Ze vinden daar onder meer het beroep, het werkadres en het RIZIV-statuut. Zoals eerder toegelicht, blijft de verdere vervollediging van de werkadressen in het praktijkregister een aandachtspunt. Ik heb het er daarnet ook over gehad.

20.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister.

Ik vind het altijd heel spijtig dat dergelijke verhalen via de pers naar buiten moeten komen en dat het in dit geval ook nog eens de medewerkers zelf waren die de kat de bel hebben aangebonden.

Als ik het goed heb, waren er wel degelijk signalen dat er zaken misliepen in die regio. De uitgaven per patiënt lagen er heel hoog en dat is ook gemeld door de beroepsverenigingen.

Ik denk, mijnheer de minister, dat die beroepsverenigingen echt als partner kunnen worden beschouwd en betrokken kunnen worden bij de strijd tegen misbruik en fraude. Zij zijn daar uiteraard zelf ook heel sterk tegen gekant, omdat dergelijke praktijken het imago van de hele beroepsgroep onderuithalen. Zij weten ook precies waar de risico's zitten en welke profielen verdacht zijn.

Ik zou er dan ook echt op willen aandringen om hen te betrekken bij de evaluaties die door de DGEC worden uitgevoerd. Ik denk dat hun expertise een echte meerwaarde kan bieden bij de aanpak van fraude. Dank u wel.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56019318C van de heer De Smet wordt uitgesteld.

21 Samengevoegde vragen van
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een nationaal kader voor de concentratie van complexe kankerzorg" (56019362C)
- Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De borstklinieken" (56020032C)
21 Questions jointes de
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un cadre national visant à concentrer les soins oncologiques complexes" (56019362C)
- Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cliniques du sein" (56020032C)

Mevrouw De Knop is niet aanwezig.

21.01 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, de voorbije jaren hebben we in ons gezondheidsbeleid terecht de duidelijke keuze gemaakt om de kwaliteit van de oncologische zorg te verbeteren. Een centraal onderdeel van die keuze is de concentratie van complexe borstkankerzorg in gespecialiseerde centra. Wetenschappelijk onderzoek toont immers aan dat behandelvolumes en multidisciplinaire omkadering een rechtstreekse impact hebben op de overlevingskansen en de levenskwaliteit van patiënten. Dat is uiteindelijk waarvoor we zorg verlenen.

In het kader van dat kwaliteitsbeleid werd ingezet op de stopzetting van operaties in niet-erkende centra en op het toezicht op de strikte erkenningsnormen voor zowel coördinerende als geaffilieerde borstklinieken.

Welk beeld geven de recente gegevens over de stopzetting van borstkankerchirurgie in niet-erkende centra? Kan worden bevestigd dat die ingrepen volledig zijn uitgedoofd of zich in een uitdovingsfase bevinden?

Hoe verlopen de patiëntenstromen na het wegvallen van de niet-erkende capaciteit? Tonen de gegevens aan dat patiënten noodzakelijkerwijs doorstromen naar bestaande coördinerende borstklinieken of zien we ook geaffilieerde klinieken die dankzij de verschuivingen van patiënten de drempel van 120 nieuwe diagnoses per jaar naderen of overschrijden?

21.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dit is inderdaad een heel belangrijk thema in ons beleid. Het uitgangspunt hiervan blijft dat de concentratie van expertise gebeurt waar dat nodig is en nabije zorg waar dat mogelijk is.

Voor zeldzame en complexe kankerzorg bestaat er een bewezen verband tussen het behandelvolume en de overlevingskansen. Dat wijst dus op een zekere nood aan concentratie. We centraliseren uiteraard niet alle kankerzorg, maar alleen die onderdelen waarvoor dat een aantoonbare meerwaarde biedt.

Het kader waarnaar u verwijst, is uitgewerkt in actie 5 van het nieuwe kankerplan. Het RIZIV bepaalt samen met experts welke zorgonderdelen in referentiecentra thuishoren en stelt vanaf 2026 een gefaseerde beleidskalender op die steunt op de vijf motieven die opgesomd worden in de vraag, de te verwachten kwaliteitswinst en de haalbaarheid.

Elk dossier wordt voorbereid in overleg met zorgverleners en patiëntenorganisaties. De eerstvolgende dossiers betreffen slokdarm- en pancreaschirurgie tegen eind 2026, ovariumtumoren tegen midden 2027 en longkanker tegen midden 2028. Ook sarcomen komen aan de beurt.

Elk dossier wordt vastgelegd in een referentiekader met een basisakkoord van het Verzekeringscomité. Gedeelde zorg tussen referentiecentra en lokale ziekenhuizen vormt daarin een vaste bouwsteen, zodat behandelingen waarvoor concentratie niet vereist is dicht bij huis kunnen blijven plaatsvinden.

Daarnaast komt er een publieke rapportering van uitkomstindicatoren per centrum. Ook de reiskosten voor radiotherapie, chemotherapie en immunotherapie worden vergoed.

Wat borstkanker betreft, mijnheer Bertels, zijn de ingrepen in centra zonder erkenning als borstkliniek stopgezet. De patiëntenstromen zijn vooral naar de coördinerende borstklinieken gegaan. Slechts een à twee geaffilieerde klinieken naderen de drempel van 120 nieuwe diagnoses per jaar, die toegang geeft tot erkenning als coördinerende kliniek.

Dat is wat we vandaag vaststellen. We willen dat kader echt behouden. We denken immers dat dit een belangrijke ontwikkeling is. Zoals u weet hebben we de betrokken centra enige tijd gegeven om zich aan te passen. Volgens mij is er echter voldoende tijd gegeven en moet het nieuwe landschap zich nu verderzetten.

21.03 **Jan Bertels** (Vooruit): Dank u wel, mijnheer de minister. Concentratie waar nodig, nabijheid waar mogelijk. Ik denk dat dit ook in de kankerzorg een belangrijk principe blijft. We moeten dus concentreren waar dat een meerwaarde biedt, binnen het referentiekader dat naar aanleiding van het nieuwe kankerplan wordt uitgewerkt.

De borstklinieken zijn daarvan een goed voorbeeld. We zien nu dat de ingrepen, de grote operaties, terecht zijn stopgezet in niet-erkende centra. De patiëntenstromen gaan naar de coördinerende centra. De geaffilieerde centra waar de patiënten naartoe gaan, kunnen nu voldoen aan de kwaliteitseisen van 120 nieuwe diagnoses. Daardoor kunnen ook de patiënten daar verzekerd zijn van voldoende kwalitatieve kankerzorg. Dat is immers wat we met die ingrepen bij de borstklinieken beogen.

Elke patiënt met borstkanker, vrouw of man, moet de beste zorg kunnen krijgen. Voor een aantal gespecialiseerde ingrepen kan dat alleen in een coördinerend centrum en niet in om het even welke kliniek. We moeten dus op die weg verdergaan: concentratie waar nodig, nabijheid waar mogelijk.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster**: Collega De Knop is niet aanwezig om haar vragen nrs. 56019363C, 56019364C en 56019365C te stellen. Mevrouw Bury is er niet om haar vraag nr. 56020296C te stellen.

22 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De datadeling door het IMA" (56019387C)
22 Question de Kathleen Depoorter à Frank

Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le partage de données par l'AIM" (56019387C)

22.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Sinds augustus 2026 heeft het InterMutualistisch Agentschap (IMA) de mogelijkheid om gegevens over de prestaties van zorgverleners te verwerken en de resultaten ervan te delen met de verzekeringsinstellingen. Die gegevens kunnen een belangrijke rol spelen in de detectie van afwijkende praktijkpatronen en kunnen uiteindelijk ook aanleiding geven tot bijkomende controles.

Daarom lijkt het belangrijk dat beroepsverenigingen van zorgverleners voldoende transparantie krijgen over hun positie en die van hun leden, en over de manier waarop de sector wordt beoordeeld. Verschillende beroepsverenigingen van zorgverleners melden me echter dat ze het IMA hebben gevraagd om een geanonimiseerd of geaggregeerd overzicht van de prestaties van hun leden te ontvangen, maar dat het IMA aangeeft dergelijke gegevens niet te kunnen verstrekken. Dat roept vragen op. Zeker wanneer de verzekeringsinstellingen wel over de resultaten van analyses kunnen beschikken, lijkt het mij redelijk te onderzoeken in welke mate beroepsverenigingen toegang kunnen krijgen tot geanonimiseerde of volledig geaggregeerde gegevens over hun beroepsgroep. Zo zouden ze bovendien hun leden beter kunnen informeren, afwijkende tendensen tijdig kunnen signaleren en preventief aan bewustmaking kunnen werken.

Mijnheer de minister, klopt het dat het IMA momenteel geen geanonimiseerde of geaggregeerde prestatiegegevens kan bezorgen aan erkende beroepsverenigingen van zorgverleners? Of wil het dat niet? Wat is de juridische reden daarvoor? Bestaat er binnen de huidige regelgeving een mogelijkheid of verplichting voor het IMA om dergelijke gegevens, uiteraard met voldoende anonimisering of aggregatie, ter beschikking te stellen van de beroepsverenigingen? Acht u het wenselijk dat beroepsverenigingen toegang krijgen tot dergelijke gegevens, zeker wanneer ze kunnen bijdragen tot transparantie, preventie en zelfcontrole binnen de sector?

Weten de beroepsverenigingen trouwens goed op basis van welke gegevens bepaalde drempelwaarden worden berekend? Is u dat al gevraagd? Hebt u daarop al geantwoord? Hoe verantwoordt u dat analyses van zorgverleners wel met de verzekeringsinstellingen kunnen worden gedeeld, maar niet met de beroepsverenigingen? Bent u bereid om daarover in overleg te gaan met het IMA?

Tot slot heb ik nog een bijkomende vraag. Welke beroepsgroepen kunnen op basis van de gegevens van het IMA worden geschorst van de derdebetalersregeling aan de hand van drempelwaarden, en welke niet?

22.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Uw laatste vraag stond niet in uw voorbereiding. Ik zou het antwoord moeten kennen, maar ik ben enigszins voorzichtig om een geïmproviseerd antwoord te geven. Ik denk dat het om een algemene regel gaat, maar ik ben niet zeker. Dat verschilt vaak van discipline tot discipline. Misschien moet u de vraag opnieuw indienen. Dan zal ik u een precies antwoord kunnen geven.

Over de vragen die wel in uw voorbereiding zaten, kan ik het volgende antwoorden.

De wetgeving over de IMA-analyses die, zoals u weet, recent is gewijzigd bij de wet van 20 juli 2026, bepaalt niets over het delen van resultaten met instanties of personen die niet uitdrukkelijk in die wet worden vermeld. Geen enkele instantie die over dergelijke gegevens beschikt, is in dat kader dus verplicht om ze proactief of actief aan een beroepsvereniging te bezorgen.

Voor de duidelijkheid, dat is geen verbod. Derden kunnen die gegevens altijd opvragen in het kader van de openbaarheid van bestuur, waarna de bevraagde instantie geval per geval onderzoekt of ze mogen worden medegedeeld. Gaat het alleen om geaggregeerde gegevens waarbij geen enkele persoon nog identificeerbaar is, dan kan men een weigering alvast niet motiveren op basis van de persoonlijke levenssfeer of de GDPR. Andere voorwaarden en weigeringsgronden moeten uiteraard geval per geval worden onderzocht. Het is op dat vlak een open kwestie. Ik sluit ook niet uit dat daarover overleg wordt gepleegd. Het verschil met de verzekeringsinstellingen ligt in de wet zelf. De analyses gebeuren op hun verzoek en binnen hun eigen opdracht, die ook wettelijk is vastgelegd.

Vanaf 2029 zal op basis van de European Health Data Space een data-aanvraag kunnen worden gericht aan het IMA. Ze zal door het Health Data Agency zelf als onafhankelijk agentschap met behulp van het Informatieveiligheidscomité worden beoordeeld. Na een positieve beoordeling kan op die basis en in een beschermde omgeving toegang worden verkregen tot gepseudonimiseerde of geanonimiseerde gegevens. We zullen ons dus

over enkele jaren in een nog duidelijker wetgevend kader bevinden. Dat is de European Health Data Space Regulation.

Er is dus geen verbod. Er zijn mogelijkheden en er zijn wettelijke kaders. Ik ben er niet tegen dat daarover ook overleg wordt gepleegd.

22.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is enigszins vreemd dat een beroepsvereniging op anonieme wijze geen toegang zou kunnen krijgen tot bepaalde anomalieën die voorkomen binnen haar beroepssegment. We verwachten dat iedereen meewerkt aan de strijd tegen fraude. Het delen van die gegevens lijkt mij dan ook niet meer dan logisch.

Ik kan alleen maar vaststellen dat er geen wettelijke basis is voor het IMA om te weigeren gegevens te delen. Ik zou dan ook aanraden om het IMA te motiveren die gegevens te delen.

Ik zal dat ook absoluut laten weten aan de betreffende beroepsverenigingen zodat zij hun vraag opnieuw kunnen stellen. In het kader van de openbaarheid van bestuur, zoals u zelf aangaf, is het essentieel dat zij meedenken over de organisatie van hun beroepsgroep.

U verwijst naar 2029, maar dat is natuurlijk nog twee jaar van ons verwijderd. Ondertussen zullen nog meer zorgverleners melden dat ze door een mutualiteit of een andere organisatie niet correct werden behandeld. We kunnen ons dat niet permitteren. We hebben onze zorgverleners nodig. We moeten ervoor zorgen dat ze voelen dat de overheid hen vertrouwt en dat er controles gebeuren ten goede van de patiënt en van de zorgverlener.

Ik neem aan dat u niet onmiddellijk kunt antwoorden op mijn vraag welke beroepsvereniging door een mutualiteit aan de hand van drempelwaarden kan worden geschorst. Die vraag zullen we zeker opnieuw indienen.

Het is wel zo, mijnheer de minister, dat we in de wetgeving heel duidelijk hebben bepaald dat niet het IMA, maar de mutualiteit – u bevestigt dat dat correct is – een bepaalde zorgverlener kan schorsen van de derdebetalersregeling. Ik denk dat we daarop ook nog eens zullen moeten terugkomen.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster**: Vraag nr. 56019462 van de heer De Smet wordt uitgesteld.

23 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle op de pathologieregistratie in ziekenhuizen" (56019507C)
23 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle de l'enregistrement des pathologies dans les hôpitaux" (56019507C)

23.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de pathologieregistratie heeft nu al een belangrijke impact op de financiering van de ziekenhuishonoraria. Denken we maar aan de forfaitaire honoraria voor klinische biologie of medische beeldvorming en het geneesmiddelenforfait.

Als u in uw hervorming de ziekenhuisfinanciering wilt baseren op Diagnosis Related Groups (DRG), dan mag men toch, wetende dat er fraude in de gezondheidszorg bestaat, verwachten dat er een sluitende controle op de pathologieregistratie is. Daarover heb ik een aantal vragen.

Hoeveel controles werden er de afgelopen vijf jaar in de ziekenhuizen uitgevoerd? Hoe vaak wordt elk ziekenhuis gecontroleerd? Hoe diepgaand gebeuren de steekproeven? Met andere woorden, welk percentage van de opnames van het betreffende dienstjaar wordt in elk ziekenhuis gecontroleerd? Wat was het resultaat daarvan en hoe vaak resulteerde dat in sancties? Waaruit bestaan die sancties en op welke regelgeving zijn ze gebaseerd?

Bestaan er verschillen tussen Vlaamse, Brusselse en Waalse ziekenhuizen of tussen algemene en universitaire ziekenhuizen? Welk bedrag stond daartegenover? Tot slot, over hoeveel voltijdsequivalenten (vte) aan inspecteurs beschikt de FOD om die controles in de ongeveer 100 ziekenhuizen uit te voeren?

23.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De punctuele controles op MZG-registraties (minimale ziekenhuisgegevens), zoals die in het verleden bestonden, zijn de voorbije jaren vervangen door globalere, thematische, pathologiegerichte ziekenhuisaudits.

Een recent voorbeeld is de audit met betrekking tot beroertezorg. Dat neemt niet weg dat blijvend

toezicht op de correctheid van de MZG-registratie ook in het kader van de nieuwe ziekenhuisfinanciering een meerwaarde heeft. Dat is mijn persoonlijke overtuiging.

Wegens opeenvolgende budgettaire beperkingen binnen de administraties zijn er momenteel nog slechts drie voltijdse eenheden van artsen-experten in ICD-10-BE en anderhalve voltijdse eenheid van verpleegkundige experten in verpleegkundige registratie. Zij vullen naast de ziekenhuisaudits ook andere taken in, waaronder het dagelijks beantwoorden van alle interpretatievragen van de ziekenhuizen.

Ik heb dan ook in een bijkomend budget voorzien om een DRG-cel uit te bouwen en de benodigde expertise binnen de FOD en het RIZIV te versterken. U raakt u een belangrijk punt aan, mevrouw Gijbels, dat verdere opvolging verdient.

23.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, uit uw antwoorden begrijp ik dat er inderdaad te weinig toezicht is op de correcte registratie.

Het gaat nog steeds om enorme budgetten. Het is dan ook heel belangrijk dat die op de juiste manier worden aangewend en ingezet. Dat geldt voor heel veel zaken in de gezondheidszorg, bijvoorbeeld bij hervormingen en wanneer de financiering op een andere manier gebeurt, denk bijvoorbeeld ook aan het Zorgpersoneelfonds, waarover ik het daarnet had.

Er moeten niet alleen middelen worden vrijgemaakt, er moet ook worden nagegaan of de juiste doelstellingen worden behaald en of die middelen op de juiste manier worden aangewend. Ik veronderstel dat we daar later zeker op zullen terugkomen.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

24 Questions jointes de
- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan d'action national de lutte contre les maladies cardiovasculaires" (56019518C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le plan national pour la santé cardiovasculaire et la mise en place d'un registre AVC" (56019703C)
- François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les maladies cardiovasculaires en tant que marqueur d'inégalités de santé" (56019835C)
- Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le point sur la politique en matière de maladies cardiovasculaires" (56019865C)
24 Samengevoegde vragen van
- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nationaal actieplan ter bestrijding van hart- en vaatziekten" (56019518C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nationaal plan voor hart- en vaatgezondheid en de invoering van een CVA-register" (56019703C)
- François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Hart- en vaatziekten als indicator van de ongelijkheid op het gebied van gezondheid" (56019835C)
- Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stand van zaken van het beleid omtrent hart- en vaatziekten" (56019865C)

24.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement prévoit qu'un plan pour les affections cardiovasculaires doit voir le jour.

En janvier 2025, la Chambre a adopté une résolution relative aux maladies cardiovasculaires, dans laquelle on demande notamment au gouvernement fédéral d'élaborer, en collaboration avec les entités fédérées, ce plan national.

En juillet dernier, vous indiquiez que la santé cardiovasculaire constitue une priorité de santé publique et que notre objectif était d'élaborer un plan cardiovasculaire interfédéral, et cela en étroite concertation avec les entités fédérées.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur le travail préparatoire qui a déjà été accompli? Quel est l'agenda du groupe de travail de prévention qui va travailler sur cette thématique? Après la phase préparatoire en cours, quelles sont les étapes suivantes pour l'élaboration de ce plan? Quand peut-on espérer voir ce plan validé? Pourriez-vous nous éclairer sur les mesures qui relèvent de vos compétences et que vous souhaitez intégrer dans ce plan?

24.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, la santé cardiovasculaire constitue en effet une priorité de santé publique. C'est pourquoi le gouvernement a prévu un plan cardiovasculaire pour cette législature. Étant donné l'importance de la prévention et de la promotion de la santé cardiovasculaire, élément d'ailleurs repris comme prioritaire dans la résolution de la Chambre du 23 janvier 2025, j'ai débuté des discussions avec les entités fédérées dans l'espoir d'élaborer un plan cardiovasculaire interfédéral.

Plusieurs échanges ont déjà eu lieu au sein du groupe de travail Prévention. Les discussions se poursuivent. Nous sommes aujourd'hui dans une phase préparatoire visant à identifier les actions déjà en cours ou prévues, ainsi que les lacunes les plus pertinentes à combler, tant en matière de prévention que de prise en charge. L'objectif est de renforcer l'impact sur la santé cardiovasculaire de la population, tout en tenant compte des initiatives déjà existantes, afin d'éviter les doublons et de garantir la complémentarité des différentes actions menées aux différents niveaux de pouvoir.

In dit stadium zou het voorbarig zijn om me uit te spreken over de concrete maatregelen die in het plan zullen worden opgenomen, over de uitvoering ervan of over specifieke voorzieningen die daarin zouden kunnen worden opgenomen. De besprekingen zullen zich in de eerste plaats richten op de prioriteiten die moeten worden ontwikkeld, rekening houdend met de vastgestelde behoeften en de bestaande context.

Bij dit werk houden we rekening met de verschillende resoluties die in uw vragen worden genoemd, evenals met andere documenten die zijn opgesteld door Europa – het Safe Hearts Plan –, de medische verenigingen en de patiëntenorganisaties.

Zodra deze fase is afgerond, zullen de werkzaamheden worden voortgezet met het vaststellen van de acties, de verantwoordelijkheden en de middelen die nodig zijn voor de uitvoering ervan. De begrotingsbesprekingen zullen in de tweede fase plaatsvinden. Mijn ambitie is om in het najaar van 2027 tot een definitief plan te komen.

24.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Je vous remercie, monsieur le ministre.

Comme nous le savons tous ici, les maladies cardiovasculaires constituent l'une des principales causes de décès en Belgique. Nous avons véritablement besoin d'un plan national, d'un plan fédéral. Et qui mieux que le fédéral peut assurer cette coordination? Je mesure évidemment que la tâche n'est pas aisée. La crise du covid doit nous servir d'exemple en montrant l'importance d'une bonne coordination et d'une répartition claire des responsabilités.

Je compte sur vous, monsieur le ministre, pour mener cette mission à bien.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

25 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mise en oeuvre du plan pluriannuel Appropriate Care" (56020354C)
25 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De tenuitvoerlegging van het meerjarenplan Appropriate Care" (56020354C)

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

Monsieur le ministre, l'approche "appropriate care" ou "soins efficaces" a pour objectif de garantir le bon soin, au bon moment, au bon endroit et par le prestataire de soins le plus approprié.

La partie opérationnelle du plan pluriannuel "appropriate care" 2026-2027 a été publiée en septembre 2026. Elle contient 29 fiches d'actions et, pour chacune d'elle, sont notamment précisés le contexte de l'action, les responsables, les parties prenantes concernées, la description de l'initiative et le calendrier de mise en œuvre.

Si la partie opérationnelle vient d'être adoptée, différentes mesures devaient déjà avoir été réalisées si le calendrier indiqué pour chacune des fiches est respecté. Je pense notamment à l'envoi du feedback individuel aux médecins concernant les écarts aux indicateurs du Conseil national de la promotion de la qualité (CNPQ) concernant les antibiotiques (prévu au cours du 2ème trimestre 2026), à la publication des rapports sur les variations de pratique et de consommation de médicaments prévue au Q3 2026 pour l'analyse des données 2025, à la collaboration avec les associations scientifiques afin d'étudier les thèmes concernés par les variations de pratiques et le "Low Value Care" dont la première étape était prévue

pour début 2026, à la création et la mise en place de la commission Appropriate Care, à l'évaluation des instruments stratégiques visant à soutenir l'"appropriate care" prévue durant l'année 2026 et au développement d'un dispositif de feedback sur ProSanté relatif aux indicateurs de déviation manifeste du CNPQ prévu durant 2026.

Monsieur le ministre, confirmez-vous que certaines mesures prévues dans la partie opérationnelle du plan pluriannuel "appropriate care" ont déjà été réalisées? Si oui, pourriez-vous faire un état des lieux des mesures déjà réalisées? Pourriez-vous également faire un état des lieux des mesures qui doivent être réalisées en 2026? Ce calendrier sera-t-il respecté? Si non, pourriez-vous expliquer les raisons de ce retard?

Je vous remercie pour vos réponses.

25.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La question concerne le plan Appropriate Care. Je vous confirme que plusieurs mesures ont bien été mises en œuvre.

En matière de feedback, les médecins généralistes ont reçu via ProSanté leurs premiers résultats sur les antibiotiques, tandis que ceux relatifs à la méniscectomie y sont accessibles pour les chirurgiens concernés depuis plusieurs mois.

En parallèle, les rapports sur les variations pratiques et les consommations de médicaments ont été publiés selon le calendrier initial. Enfin, la consultation des organisations médicales s'est achevée. Les résultats relatifs à la chirurgie bariatrique ont également été mis à disposition des chirurgiens concernés via ProSanté, avec une notification par courriel. Ceux concernant les inhibiteurs de la pompe à protons suivront d'ici à la fin de l'année.

Nous allons maintenant approfondir les thèmes retenus avec les organisations médicales et lancer les premières chambres scientifiques. La préparation de la commission Appropriate Care, de son fonctionnement et de sa composition se poursuit, tout comme l'évaluation des instruments stratégiques de soutien à l'Appropriate Care.

Le calendrier est donc globalement respecté. Certains ajustements restent néanmoins possibles, principalement en fonction de la disponibilité des données et des moyens humains mobilisables et, pour la mise en place de la commission Appropriate Care, du calendrier des adaptations législatives nécessaires.

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

C'est bien sûr quelque chose de très important, si on veut améliorer l'efficience de nos soins de santé. Dieu sait qu'il y a beaucoup de travail dans des soins inutiles ou mal dirigés, inappropriés.

J'ai été contacté par des orthopédistes à propos des prestations chirurgicales du genou, notamment la prothèse totale du genou ou l'arthroscopie du genou, pour lesquelles l'intervention de l'INAMI va normalement être diminuée. Ils comprennent très bien les économies qui doivent être faites, et m'ont aussi donné un exemple de soin inapproprié, à savoir les examens du genou. Ils disent qu'il y a beaucoup d'examens prescrits, dont l'échographie du genou ou l'IRM du genou. En Australie, par exemple, après 50 ans on ne fait plus d'IRM du genou. Monsieur le ministre, je pense que chacun essaie d'avoir la part de gâteau la plus grande possible, et je voulais simplement relayer les réflexions des orthopédistes à ce propos. Nous verrons ce qu'en penseront les radiologues.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

26 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De steunmaatregelen voor patiënten die te maken krijgen met de gevolgen van kanker(behandelingen)" (56020355C)
26 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures de soutien aux personnes confrontées aux conséquences du cancer et de ses traitements" (56020355C)

26.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, la perte des cheveux est l'un des effets secondaires difficiles à vivre pour de nombreuses personnes touchées par un cancer. Les perruques, foulards et couvre-chefs peuvent contribuer à aider ces personnes à se sentir plus à l'aise. L'assurance obligatoire prévoit différentes interventions financières pour l'achat de perruques ou d'autres accessoires destinés à couvrir la tête.

Les personnes confrontées au cancer doivent parfois faire face à des problèmes dentaires complexes, nécessitant une prise en charge spécifique. Certaines prestations sont remboursées pour ces patients. Différentes

prestations pour le refroidissement du cuir chevelu et du refroidissement des pieds et des mains sont également remboursées depuis quelques années afin de prévenir ou de réduire la chute des cheveux ainsi que de réduire les dommages aux ongles.

Monsieur le ministre, quel bilan tirez-vous de la mise en œuvre de ces mesures et du remboursement de ces prestations dans le cadre du soutien apporté aux personnes confrontées à un cancer?

Quelles sont les tendances ces dernières années en matière de recours à ces différentes prestations? Quels sont les budgets qui y sont consacrés?

Dans le cadre de l'élaboration du plan Cancer que nous avons présenté récemment et de la concertation avec les associations de patients et des proches, avez-vous recensé d'autres mesures qui pourraient être prises pour renforcer davantage notre soutien aux personnes confrontées à un cancer et aux nombreuses conséquences de cette maladie et des traitements? Je vous remercie.

26.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Gatelier, en effet, ces dernières années, nous avons pris différentes mesures pour soutenir les personnes qui, en plus de souffrir d'un cancer, souffrent d'effets secondaires pénibles. Ce sont des mesures essentielles pour améliorer leur qualité de vie pendant et après un traitement oncologique. Il s'agit des mesures que vous mentionnez, à savoir le refroidissement du cuir chevelu, des pieds et des mains, le remboursement de prothèses capillaires ou de couvre-chefs, certaines prestations dentaires spécifiques, mais aussi le droit à l'oubli pour favoriser la réintégration sociale après un cancer, le profilage génétique afin d'éviter une chimiothérapie qui s'avérait inefficace, ou encore le traitement oncologique à domicile lorsque c'est possible pour maintenir la personne au maximum dans son environnement connu et agréable.

Nous constatons actuellement une sous-utilisation de l'intervention pour les couvre-chefs. Pour ce qui est du remboursement spécifique de certaines restaurations dentaires après un cancer orofacial prévu dans la nomenclature depuis 2020, nous voyons que son utilisation progresse, bien que la complexité des traitements chez ces patients fragilisés en limitent parfois l'utilisation.

L'accord dento-mutualiste 2026-2027 ajoute trois mesures préventives pour les patients atteints d'un cancer de la tête et du cou. De manière générale, on constate que l'offre de soins de support reste fragmentée et pas toujours assez visible pour les patients concernés. C'est pourquoi, précisément, l'action 29 du nouveau plan Cancer vise à recenser les initiatives existantes pour les visibiliser. Ce recensement sera également l'occasion d'identifier les lacunes et les besoins prioritaires dans le soin de support. L'objectif est une approche plus structurée, multidisciplinaire et intégrée du suivi après le cancer. Voilà ma réponse.

26.03 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Merci monsieur le ministre.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

De **voorzitster**: We komen nu bij de laatste drie vragen waarop de minister een antwoord heeft voorbereid.

27 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rol van zorgverleners bij de herkenning van kindermishandeling" (56019565C)
27 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rôle des prestataires de soins dans le dépistage de la maltraitance d'enfants" (56019565C)

27.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, zorgverleners zijn vaak de eersten die kinderen kunnen herkennen die het slachtoffer zijn van seksueel of ander geweld. Het is dan ook van groot belang dat zorgverleners weten wat ze kunnen en mogen doen bij een vermoeden van mishandeling.

Ik heb daarover een aantal vragen.

We krijgen signalen dat zorgverleners niet altijd voldoende zijn opgeleid om kindermisbruik te herkennen. Zijn er plannen of mogelijkheden om zorgverleners te sensibiliseren of de richtlijnen te versterken, zodat ze weten wat ze kunnen en mogen doen?

Een van de heikele punten waardoor artsen of andere zorgverstrekkers terughoudend zijn om iets te ondernemen bij een vermoeden van mishandeling, is het beroepsgeheim. Plant u initiatieven om hen daarover beter te informeren, zodat ze weten binnen welk kader en binnen welke

mogelijkheden ze kunnen handelen? Zo ja, welke initiatieven zijn gepland?

Welke mogelijkheden ziet u binnen uw federale bevoegdheden om de herkenning en aanpak van kindermishandeling sterker te verankeren in de opleiding? Staat u daarover in overleg met de deelstaten?

Biedt de wet patiëntenrechten volgens u voldoende waarborgen voor minderjarigen? Beschermt die wet de belangen van het kind voldoende ten aanzien van die van de wettelijke vertegenwoordiger, bijvoorbeeld bij een vermoeden van misbruik? Plant u initiatieven om de bescherming van minderjarigen op dat vlak te versterken?

27.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik wil graag verwijzen naar ons sensibiliserings- en vormingsprogramma Operatie Alert. Ik vind dat een heel mooi initiatief vanuit het terrein en we ondersteunen dat dus ook.

In het kader van Operatie Alert werden 33 e-learningmodules ontwikkeld, gericht op de herkenning van en de omgang met geweld door zorgverleners. Een van die 33 modules is specifiek gericht op de begeleiding van kinderen en adolescenten. Daarnaast gaan verschillende modules dieper in op communicatie, een holistische benadering van zorg en basisinformatie over geweld. Dat alles moet ervoor zorgen dat zorgverleners dergelijke situaties beter herkennen en er doeltreffender mee omgaan.

Op de website van Operatie Alert zijn ook hulpmiddelen en checklists beschikbaar die zorgverleners kunnen ondersteunen bij de betere begeleiding van patiënten die slachtoffer zijn geworden van geweld, in het bijzonder kinderen. Al die e-learningmodules en hulpmiddelen zijn gratis beschikbaar via operatiealert.be. Voor de e-learningmodules kunnen artsen en apothekers bovendien accreditatiepunten aanvragen. We stimuleren zorgverleners dus echt om van dat aanbod gebruik te maken.

Daarnaast bestaat er een specifiek juridisch kader voor situaties van mishandeling van minderjarigen. Artikel 353, § 1, van het Strafwetboek – het voormalig artikel 358*bis* – laat personen die gebonden zijn door het beroepsgeheim toe om uitzonderlijk bepaalde situaties van mishandeling of ernstige vormen van geweld ten aanzien van minderjarigen en andere kwetsbare personen te melden. Artikel 70 van het Strafwetboek verankert bovendien de noodtoestand, die een afwijking van het beroepsgeheim kan rechtvaardigen om een ernstig en onmiddellijk gevaar te voorkomen.

De wet betreffende de rechten van de patiënt voorziet eveneens in beschermingsmechanismen. Artikel 15, § 1, laat de beroepsbeoefenaar toe om een ouder of voogd de rechtstreekse toegang tot het dossier van een minderjarige te weigeren ter bescherming van diens persoonlijke levenssfeer, onder meer bij een vermoeden van mishandeling. Artikel 15, § 2, machtigt de beroepsbeoefenaar bovendien om af te wijken van een beslissing van de vertegenwoordiger van de minderjarige, teneinde een bedreiging voor diens leven of een ernstige aantasting van diens gezondheid te voorkomen.

Tot slot dient te worden opgemerkt dat de minderjarige zijn rechten zelfstandig kan uitoefenen, wanneer de beroepsbeoefenaar oordeelt dat de minderjarige voldoende bekwaam is om zijn belangen te beoordelen.

Een goede kennis van dit juridische kader en van de daaruit voortvloeiende passende praktijken is inderdaad van fundamenteel belang. Beroepsbeoefenaars kunnen desgevallend advies inwinnen bij juristen, gespecialiseerde diensten of hun beroepsorde.

Wat betreft de inhoud van de basisopleiding van gezondheidszorgbeoefenaars inzake deze materie, zijn het, zoals u weet, de deelstaten die moeten worden aangesproken. Daarnaast kunnen specifieke opleidingen in het kader van de permanente vorming van het RIZIV worden voorgesteld door iedere persoon die bij de problematiek betrokken is.

27.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister.

Ik ben het met u eens dat er zeker overleg met de deelstaten zal moeten plaatsvinden. Ik denk dat het een essentieel onderdeel van de basisopleiding van zorgverstrekkers zou moeten zijn om signalen van mishandeling te herkennen, want die zijn dikwijls heel vaag. Het kan gaan om buikpijn, constipatie of blaasklachten. Dat kunnen de eerste indicaties zijn om verder te kijken en na te gaan of er niet meer aan de hand is dan louter iets somatisch, en of er eventueel sprake is van mishandeling. Ook een goede kennis van het juridisch kader zou deel moeten uitmaken van de opleiding en van de permanente vorming. Het is goed dat er al een module beschikbaar is die daar al wat uitleg over geeft.

Daarnaast denk ik dat er federaal toch al stappen kunnen worden gezet, bijvoorbeeld door in een flowchart te voorzien. Zo kunnen artsen weten welke stappen ze precies kunnen zetten wanneer ze misbruik vermoeden, wie ze moeten aanspreken en in welke volgorde. Ik denk dat alleen al het besef dat 10 % of misschien 20 % van hun patiëntenpopulatie waarschijnlijk te maken heeft met een of andere vorm van misbruik de artsen ertoe zou moeten aanzetten hun dossiers te bekijken en na te gaan welk percentage van hun patiënten hiermee wordt geconfronteerd. Zo kunnen ze eventueel nagaan of ze nog iets aandachtiger moeten zijn voor die problematiek en nog iets aandachtiger moeten luisteren naar de klachten die er zijn.

Uit uw antwoord begrijp ik dat u ook inziet dat het om een ernstig probleem gaat, dat artsen inderdaad vaak het eerste aanspreekpunt zijn en dat zij echt wel een kentering voor veel kinderen zouden kunnen teweegbrengen. Laten we samen met de deelstaten daar verder op inzetten.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

28 Question de Hervé Cornillie à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Des centres de santé adaptés aux personnes en situation de handicap" (56019573C)
28 Vraag van Hervé Cornillie aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Aangepaste gezondheidscentra voor personen met een handicap" (56019573C)

28.01 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, ce vendredi, avec une conseillère communale de mon groupe, j'aurai l'occasion de participer à l'inauguration d'un centre de santé adapté dans ma région. J'ai immédiatement accepté cette invitation car, par le passé, j'ai pu travailler pour le dispositif de contrôle de l'évolution des droits des personnes handicapées en Belgique, que ce soit à travers l'actuel UNIA – l'ex-Centre fédéral pour l'égalité des chances – ou dans le milieu paralympique. J'ai donc une affection particulière pour cette thématique, tout comme cette conseillère qui y œuvre d'ailleurs professionnellement.

N'ayant pas souvent l'occasion de débattre avec vous de ce sujet, je tenais faire le point sur la situation des centres de santé adaptés dans notre pays. Nous savons en effet que le public particulier dont il est question a tout simplement besoin, bien souvent, que l'on s'adapte à ses particularités cognitives, sensorielles, physiques ou communicationnelles. C'est une réalité dans le monde dans lequel nous vivons et où tout va à cent à l'heure, et je ne fais de reproche à personne: les professionnels de la santé, les médecins, les infirmiers et l'ensemble de la filière sont sous pression. Cela doit souvent aller vite.

Dès lors, j'aurais voulu connaître l'état des lieux des centres de santé adaptés aujourd'hui dans notre pays? Existe-t-il une définition juridique ou réglementaire de ce qu'est un centre de santé adapté? Personnellement, je suis bien au fait, mais est-ce juridiquement déterminé? Si c'est le cas, quelles en sont les missions, les normes, les conditions d'agrément ou les catégories de professionnels qui peuvent y travailler? J'imagine que cela dépend de vous.

À défaut de statut spécifique, quel est le cadre juridique et réglementaire dans lequel ces centres de santé adaptés – et heureusement qu'ils sont là – fonctionnent? Existe-t-il un cadastre de ces structures et, le cas échéant, combien notre pays en compte-t-il? Je pense effectivement que ce sont de beaux projets en soi. Le gouvernement envisage-t-il un financement ou un mécanisme de remboursement particulier, au vu des investissements spécifiques requis pour ce public cible dans le cadre du fonctionnement de ces centres de santé adaptés?

Enfin, dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier et du développement de nouveaux modèles de soins de proximité, la création ou la reconnaissance de centres spécifiquement adaptés aux personnes en situation de handicap est-elle envisagée?

28.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Cornillie, je vais commencer par votre dernière question. La réforme hospitalière a pour objectif ultime de parvenir à une organisation plus efficace du paysage hospitalier. Il va de soi qu'elle ne part pas d'une page blanche. La proposition du groupe d'experts a examiné les fonctions que pourraient assumer les sites hospitaliers existants. L'une de ces possibilités consiste à transformer un site hospitalier en centre médical local.

Il importe de souligner qu'il ne s'agit pas de créer une offre nouvelle et supplémentaire; il s'agit de transformer un site existant, traditionnellement organisé comme un établissement d'hospitalisation disposant de lits où les patients peuvent passer la nuit, en un site spécialisé exclusivement consacré

aux hospitalisations de jour. Cela demeure toutefois une composante d'un hôpital dans lequel sont dispensés des soins de deuxième ligne. Il ne s'agit pas de centres médicaux proposant des soins ambulatoires de première ligne. De tels centres ambulatoires de première ligne ne relèvent pas de la compétence du niveau fédéral.

Sur le plan juridique, un hôpital peut prendre l'initiative d'adapter son organisation aux besoins d'un groupe cible déterminé, notamment les personnes en situation de handicap. La réforme hospitalière n'a toutefois pas pour objectif de faire émerger des sous-types spécifiques d'hôpitaux.

L'autorité fédérale ne dispose pas d'un cadastre des structures qui proposent des soins ambulatoires adaptés aux personnes en situation de handicap. Comme indiqué précédemment, cette matière ne relève pas de ma compétence fédérale.

Veuillez excuser le caractère quelque peu décevant, voire frustrant, de ma réponse, mais il s'agit des compétences qui sont les nôtres. De plus, la réforme hospitalière a un sens transversal qui va beaucoup plus loin que ce focus, certes important en soi, sur les personnes handicapées.

28.03 **Hervé Cornillie** (MR): Monsieur le ministre, ne vous inquiétez pas, vous avez au moins l'élégance de me répondre. Je veillerai, via un collègue wallon, à obtenir davantage d'informations à ce sujet. Je comprends bien la porte d'entrée que vous avez prise. Il n'y a aucun souci. Merci.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

29 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pédicure spécialisée" (56019586C)
29 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gespecialiseerde voetverzorging" (56019586C)

29.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, il y a un an, je vous interrogeais sur la pédicure spécialisée et sur la confusion qui existe au sein de la population autour des soins du pied en Belgique, parce qu'il y a différents acteurs, sur la question de la reconnaissance de la pédicure spécialisée comme profession paramédicale et sur la concertation menée à ce sujet avec les acteurs de terrain.

Vous m'aviez à l'époque répondu que vous aviez l'intention d'élaborer un cadre juridique pour la pédicure spécialisée, notamment afin de fixer les exigences minimales de qualification et d'uniformiser les formations. Vous aviez également précisé que des travaux préparatoires étaient en cours au niveau de votre cabinet et de votre administration.

Monsieur le ministre, où en sont les travaux au sein de votre cabinet et de l'administration à ce sujet? Où en est la rédaction du cadre juridique pour la pédicure spécialisée? Quels obstacles avez-vous rencontrés pour l'élaboration de ce cadre juridique? Quelle concertation avez-vous menée à ce sujet durant les 12 derniers mois avec les acteurs concernés? Dans quel délai pensez-vous pouvoir nous présenter ce cadre juridique? Merci.

29.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, merci pour cette question. Mon ambition reste d'examiner la possibilité de mettre en place un cadre juridique pour la pédicure spécialisée. Je crois que c'est important. Les travaux préparatoires se poursuivent au sein de mon cabinet et de l'administration, en concertation avec les acteurs concernés.

Il s'agit toutefois d'un dossier complexe, qui nécessite une analyse approfondie. En effet, il convient de tenir compte à la fois de la qualité et de la sécurité des soins, des qualifications requises ainsi que de l'articulation avec les professions de santé déjà réglementées, en particulier ici celle de podologue.

Les travaux portent notamment sur l'examen des différentes options permettant de définir un cadre cohérent et équilibré, tenant compte des réalités du terrain et de l'objectif de protection des patients. À cette fin, ma cellule politique a récemment – fin septembre – rencontré l'association professionnelle des podologues. Auparavant, une rencontre avait également eu lieu avec l'association professionnelle des pédicures spécialisés.

À ce stade, je ne suis pas en mesure de communiquer un calendrier précis quant à l'aboutissement de ces travaux. Mon objectif reste d'avancer avec la rigueur nécessaire afin de disposer, le moment venu, d'une base suffisamment solide pour permettre une prise de décision éclairée. Voilà ma réponse.

29.03 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur

le ministre, merci de votre intérêt, parce que vous et moi, nous savons bien à quel point certains pieds – notamment le pied du diabétique – nécessitent des soins, et la population ne mesure pas toujours la différence entre quelqu'un qui a été formé de manière adéquate pour ce type de soins ou qui a été formé de manière plus esthétique. Dès lors, tout l'enjeu est là, parce que pour être en bonne santé, il faut aussi avoir une bonne mobilité. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

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

De schriftelijk behandelde mondelinge vragen worden later aan het verslag toegevoegd.

Les questions orales traitées par écrit seront rajoutées au compte rendu ultérieurement.