

**BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS**

9 december 2025

WETSVOORSTEL**houdende diverse dringende
begrotingsbepalingen inzake gezondheidszorg****Verslag van de eerste lezing**
namens de commissie
voor Gezondheid en Gelijke Kansen
uitgebracht door
mevrouw **Katleen Bury****Inhoud****Blz.**

I. Inleidende uiteenzetting	3
II. Algemene bespreking.....	8
III. Artikelsgewijze bespreking en stemmingen.....	40

Zie:**Doc 56 1195/ (2025/2026):**

- 001: Wetsvoorstel van de heer Bertels, de dames Depoorter, Gijbels en Taton, de heer Gatelier en mevrouw Farih.
002: Amendementen.

Zie ook:

- 004: Artikelen aangenomen in eerste lezing.

**CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE**

9 décembre 2025

PROPOSITION DE LOI**portant des dispositions budgétaires diverses
urgentes en matière de soins de santé****Rapport de la première lecture**
fait au nom de la commission
de la Santé et de l'Égalité des chances
par
Mme **Katleen Bury****Sommaire****Pages**

I. Exposé introductif.....	3
II. Discussion générale.....	8
III. Discussion des articles et votes.....	40

Voir:**Doc 56 1195/ (2025/2026):**

- 001: Proposition de loi de M. Bertels, Mmes Depoorter, Gijbels et Taton, M. Gatelier et Mme Farih.
002: Amendements.

Voir aussi:

- 004: Articles adoptés en première lecture.

02612

**Samenstelling van de commissie op de datum van indiening van het verslag/
Composition de la commission à la date de dépôt du rapport**
Voorzitter/Président: Ludivine Dedonder

A. — Vaste leden / Titulaires:

N-VA	Kathleen Depoorter, Frieda Gijbels, Lotte Peeters
VB	Katleen Bury, Dominiek Sneepe
MR	Daniel Bacquellaine, Julie Taton
PS	Caroline Désir, Ludivine Dedonder
PVDA-PTB	Natalie Eggermont, Ayse Yigit
Les Engagés	Jean-François Gatelier, Carmen Ramlot
Vooruit	Jan Bertels
cd&v	Nawal Farih
Ecolo-Groen	Jeroen Van Lysebettens
Open Vld	Irina De Knop

B. — Plaatsvervangers / Suppléants:

Axel Ronse, Darya Safai, Wim Van der Donckt, Charlotte Verkeyn
Ellen Samyn, Sam Van Rooy, Kristien Verbelen
Charlotte Deborsu, Benoît Piedboeuf, Florence Reuter
Dimitri Legasse, Patrick Prévot, Sophie Thémont
Greet Daems, Sofie Merckx, Nadia Moscufo
Isabelle Hansez, Stéphane Lasseaux, Anne Pirson
Funda Oru, Anja Vanrobaeys
Nathalie Muylle, Els Van Hoof
Meyrem Almaci, Rajae Maouane
Steven Coenegrachts, Katja Gabriëls

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
Open Vld	: Open Vlaamse liberalen en democraten
DéFI	: Démocrate Fédéraliste Indépendant
ONAFH/INDÉP	: Onafhankelijk-Indépendant

Afkorting bij de nummering van de publicaties:		Abréviations dans la numérotation des publications:	
DOC 56 0000/000	Parlementair document van de 56 ^e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer	DOC 56 0000/000	Document de la 56 ^e législature, suivi du numéro de base et numéro de suivi
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 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 (beigekleurig papier)	MOT	Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

DAMES EN HEREN,

Uw commissie heeft dit wetsvoorstel, dat de urgentie verkreeg tijdens de plenaire vergadering van 28 november 2025, in eerste lezing besproken tijdens haar vergadering van 3 december 2025.

I. — INLEIDENDE UITEENZETTING DOOR DE HOOFDINDIENER VAN HET WETSVORSTEL

De heer Jan Bertels, hoofdindieners van het wetsvoorstel, overloopt de krachtlijnen van het wetsvoorstel.

Het wetsvoorstel bevat allerlei bepalingen die samenhangen met de goedgekeurde ZIV-begroting. Het gaat dus om bepalingen die men klassiek in een programmawet zou vinden. Het wetsvoorstel bevat enkel de bepalingen waarvan het absoluut noodzakelijk is dat ze voor 1 januari 2026 in het *Belgisch Staatsblad* worden gepubliceerd, zodat de nodige inkomsten tijdig beschikbaar zullen zijn voor de gezondheidszorgverzekering.

De heer Bertels overloopt het wetsvoorstel per hoofdstuk. Hoofdstuk 2 omvat een reeks afdelingen met betrekking tot geneesmiddelen. Eerst en vooral is er het Programma voor snelle toegang in Afdeling 1.

Zoals afgesproken met de sector in het farmaceutisch meerjarencader, worden de forfaits voor geneesmiddelen in het Programma voor snelle en vroege toegang gefinancierd binnen een gesloten enveloppe, bovenop het geneesmiddelenbudget dat voortaan 17,3 % van de gezondheidszorgbegroting vertegenwoordigt. Deze bepalingen geven daaraan uitvoering wat betreft het systeem van snelle toegang (*fast access*). De Algemene Raad zal jaarlijks het bedrag van de enveloppe vastleggen; voor 2026 gaat het om 25 miljoen euro. Tevens werd binnen het farmaceutisch meerjarencader afgesproken dat indien een geneesmiddel van het Programma voor snelle en vroege toegang goedgekeurd werd door de CTG voor terugbetaling aan prijzen die hoger of lager liggen dan het forfait, er een verrekening zou komen met de ziekteverzekering ter waarde van 75 % van het saldo (in plus of in min). Ook hieraan geeft deze wet uitvoering.

Om het plafond van 17,3 % te respecteren werd in de begroting van de Algemene Raad een aantal besparingsmaatregelen op farmaceutische verstrekkingen opgenomen die vanaf 1 januari 2026 in werking moeten treden. Afdelingen 2, 5 en 6 geven hier uitvoering aan.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission a examiné cette proposition de loi, à laquelle l'urgence a été accordée lors de la séance plénière du 28 novembre 2025, au cours de sa réunion du 3 décembre 2025.

I. — EXPOSÉ INTRODUCTIF DE L'AUTEUR PRINCIPAL DE LA PROPOSITION DE LOI

M. Jan Bertels, auteur principal de la proposition de loi, parcourt les lignes de forces du texte.

La proposition de loi contient diverses dispositions liées au budget AMI approuvé. Il s'agit dès lors de dispositions classiques telles qu'elles figurent généralement dans une loi-programme. La proposition de loi ne comprend que les dispositions dont la publication au *Moniteur belge* avant le 1^{er} janvier 2026 est absolument indispensable afin que les ressources nécessaires soient disponibles à temps pour l'assurance soins de santé.

M. Bertels passe en revue la proposition de loi chapitre par chapitre. Le chapitre 2 comporte une série de sections consacrées aux médicaments. Tout d'abord, la section 1^{re} porte sur le Programme d'accès rapide.

Comme convenu avec le secteur dans le cadre pharmaceutique pluriannuel, les forfaits applicables aux médicaments relevant du Programme d'accès rapide et précoce sont financés au moyen d'une enveloppe fermée, distincte du budget des médicaments, lequel représente désormais 17,3 % du budget des soins de santé. Les dispositions à l'examen assurent la mise en œuvre de cette mesure en ce qui concerne le système d'accès rapide (*fast access*). Le Conseil général déterminera chaque année le montant de cette enveloppe, qui s'élève à 25 millions d'euros pour 2026. Il a également été convenu, dans le même cadre, que lorsqu'un médicament relevant du Programme d'accès rapide et précoce est approuvé par la CRM pour un remboursement à un prix supérieur ou inférieur au forfait, une imputation serait effectuée avec l'assurance maladie à concurrence de 75 % du solde (en plus ou en moins). La loi à l'examen exécute également cette disposition.

Pour respecter le plafond de 17,3 %, plusieurs mesures d'économies sur les fournitures pharmaceutiques ont été intégrées dans le budget du Conseil général et doivent entrer en vigueur à partir du 1^{er} janvier 2026. Les sections 2, 5 et 6 assurent la mise en œuvre de ces mesures.

Zo wordt in Afdeling 2 de facturering aan 85 % voor vergoedbare geneesmiddelen die worden afgeleverd in ziekenhuisapotheken, verlaagd naar 78 %. In Afdeling 5 is er de verschuiving van de vergoedbaarheid van protonpompinhibitoren (PPI's – maagzuurremmers) van terugbetalingscategorie B naar categorie Cx. Voor patiënten die vandaag recht hebben op een volledige vergoeding van PPI's in categorie A verandert er echter niets; deze geneesmiddelen blijven in categorie A. Ook in Afdeling 5 is er de aanpassing van remgelden van statines, ezetimibe en bepaalde combinaties met die geneesmiddelen (cholesterolverlagers) van categorie B naar C. Ook hier geldt dat patiënten die vandaag in aanmerking komen voor terugbetaling onder categorie A, hier ook in de toekomst van kunnen blijven genieten.

Daarnaast geeft Afdeling 6 uitvoering aan de afgesproken verhoging van de minimumremgelden per verpakking. Vanaf 1 januari 2026 zal een geneesmiddel minimum 1 euro per doosje kosten voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming en 2 euro per doosje voor de anderen. Deze ingreep dient om de gesloten enveloppe voor het Programma voor snelle en vroege toegang te financieren en om de maximumfactuur uit te breiden naar alle vergoedbare geneesmiddelen. De bekomen middelen worden dus geherinvesteerd.

Tot slot herneemt Hoofdstuk 2 de klassieke, jaarlijks terugkerende heffingen in Afdeling 3. Het betreft hier de standaardheffing van 6,73 % op de omzet van de vergoedbare farmaceutische specialiteiten, de bijdrageheffing van 1 % en de heffing op weesgeneesmiddelen die een omzet van meer dan 1,5 miljoen euro behalen. In Afdeling 4 is er ook de verlenging van de jaarlijkse heffing op marketing.

Hoofdstuk 3 heeft betrekking op de maximumfactuur (MAF) en bevat twee maatregelen.

Vandaag worden de persoonlijke aandelen voor de opname in een psychiatrisch ziekenhuis gedurende maximum 365 dagen in aanmerking genomen voor de maximumfactuur. In het regeerakkoord werd afgesproken dat die beperking zou worden geschrapt. Dat wordt met dit wetsvoorstel verwezenlijkt. De middelen hiervoor, geraamd op 1,6 miljoen euro, werden voorzien in de ZIV-begroting.

De beperking wordt opgeheven vanaf de toepassing van de maximumfactuur voor het jaar 2026. De dagen van opname in een psychiatrisch ziekenhuis vanaf 1 januari 2026 zullen voortaan dus altijd in aanmerking worden genomen voor de maximumfactuur.

Dans la section 2, la facturation des médicaments remboursables délivrés en officine hospitalière est ainsi réduite de 85 % à 78 %. La section 5 prévoit le déplacement du remboursement des médicaments inhibiteurs de la pompe à protons (IPP – antiacides gastriques) de la catégorie B vers la catégorie Cx. Les patients bénéficiant actuellement d'un remboursement complet des IPP en catégorie A ne sont toutefois pas concernés; ces médicaments restent en catégorie A. Toujours dans la section 5, les tickets modérateurs des statines, de l'ézétimibe et de certaines combinaisons de ces médicaments (hypocholestérolémiants) passent de la catégorie B à la catégorie C. Là encore, les patients actuellement éligibles à un remboursement en catégorie A continueront de bénéficier de la même prise en charge à l'avenir.

La section 6 met en œuvre l'augmentation prévue des tickets modérateurs minimums par conditionnement. À partir du 1^{er} janvier 2026, le coût minimum d'un médicament sera de 1 euro par boîte pour les personnes bénéficiant d'une intervention majorée et de 2 euros par boîte pour les autres. Cette mesure vise à financer l'enveloppe fermée du Programme d'accès rapide et précoce et à étendre le maximum à facturer à l'ensemble des médicaments remboursables. Les ressources générées sont ainsi réinvesties.

Enfin, le chapitre 2 reprend les cotisations classiques annuelles dans la section 3. Il s'agit de la cotisation standard de 6,73 % sur le chiffre d'affaires des spécialités pharmaceutiques remboursables, de la cotisation contributive de 1 % et de la cotisation sur les médicaments orphelins dont le chiffre d'affaires dépasse 1,5 million d'euros. La section 4 prévoit également la prolongation de la contribution annuelle sur le marketing.

Le chapitre 3 concerne le maximum à facturer (MàF) et comprend deux mesures.

Actuellement, les interventions personnelles pour l'admission en hôpital psychiatrique sont prises en compte dans le maximum à facturer pendant une durée maximale de 365 jours. La proposition de loi à l'examen vise à donner suite à l'accord de gouvernement, qui prévoit la suppression de cette limitation. Les moyens nécessaires à cet effet, estimés à 1,6 million d'euros, ont été prévus dans le budget AML.

Cette limitation sera levée à partir de l'application du MàF pour l'année 2026. Les journées d'admission en hôpital psychiatrique à partir du 1^{er} janvier 2026 seront donc toujours prises en compte dans le MàF.

De maximumfactuur wordt bovendien uitgebreid naar de geneesmiddelen die in terugbetalingscategorieën Cs en Cx vallen, waardoor vanaf 1 januari 2026 alle geneesmiddelen die in België terugbetaald worden gedekt zullen zijn door de MAF. Wie hoge kosten heeft zal dus financieel beter worden beschermd. Deze ingreep wordt gefinancierd door de minimumbijdrage van 1 à 2 euro per verpakking.

Hoofdstuk 4 heeft betrekking op de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen. Het hoofdstuk bevat twee maatregelen:

Er wordt uitvoering gegeven aan de budgettaire beslissingen in het regeerakkoord met betrekking tot de administratiekosten van het RIZIV en de verzekeringsinstellingen. Dit hoofdstuk bevat de wettelijke bepalingen voor beiden:

Er is enerzijds een lineaire besparing op de administratiekosten.

De verzekeringsinstellingen (dus inclusief de HZIV en HR Rail) zullen deze legislatuur 150 miljoen euro inleveren op hun administratiekosten. Voor het jaar 2026 bedraagt de eerste schijf 50 miljoen euro.

Dit bedrag wordt ingehouden door de combinatie van drie verschillende bepalingen:

— ten eerste wordt het bedrag van 11.410.000 euro dat sinds 2008 jaarlijks toegekend wordt wegens de integratie van de kleine risico's (artikel 195, § 1, 2°, vijfde lid) afgeschaft;

— ten tweede zullen de verzekeringsinstellingen vanaf 2026 de onverschuldigde bedragen volledig ten laste nemen die door hun eigen fouten werden betaald en niet meer teruggevorderd kunnen worden van het RIZIV (de verzekeringsinstellingen zullen dus moeten instaan voor hun eigen fouten);

— tot slot wordt het bedrag dat voortvloeit uit de toepassing van de zogenaamde formule van de wettelijke parameters verminderd met 33.772.000 euro voor de vijf landsbonden en 673.000 euro voor de Kas der geneeskundige verzorging van HR Rail (artikel 195, § 1, 2°, derde lid).

Wat het variabele bedrag van de administratiekosten betreft, moet worden opgemerkt dat het sinds 2022 gaat om 20 % van het totale bedrag aan administratiekosten dat wordt toegekend aan de verzekeringsinstellingen. Dit betreft het zogenaamde "VARAK"-gedeelte, dat

Par ailleurs, le MAF sera étendu aux médicaments appartenant aux catégories de remboursement Cs et Cx. Ainsi, dès le 1^{er} janvier 2026, tous les médicaments remboursés en Belgique seront couverts par le MAF. Les personnes dont les frais de médicaments sont élevés seront donc mieux protégées financièrement. Cette mesure sera financée par le ticket modérateur minimum d'un montant de 1 ou 2 euros qui sera prélevé par conditionnement.

Le chapitre 4 concerne les frais d'administration des organismes assureurs. Ce chapitre comporte deux mesures.

Il vise à mettre en œuvre les décisions budgétaires prévues dans l'accord de gouvernement concernant les frais d'administration de l'INAMI et des organismes assureurs. Il comporte des dispositions légales visant à la fois l'INAMI et ces organismes.

D'une part, il prévoit une économie linéaire sur les frais d'administration.

Les organismes assureurs (donc aussi la CAAMI et HR Rail) devront réduire leurs frais d'administration de 150 millions d'euros sous la présente législature. La première tranche à économiser en 2026 s'élèvera à 50 millions d'euros.

Ce montant sera économisé en conjuguant trois dispositions différentes:

— premièrement, le montant de 11.410.000 euros accordé chaque année depuis 2008 en raison de l'intégration des petits risques (article 195, § 1^{er}, 2°, alinéa 5) sera supprimé;

— deuxièmement, les organismes assureurs devront, dès 2026, prendre totalement en charge les montants indûment payés en raison de leurs propres erreurs, lorsqu'ils ne peuvent plus être récupérés auprès de l'INAMI (ces organismes devront donc assumer les conséquences de leurs erreurs);

— enfin, le montant découlant de l'application de la formule dite des paramètres légaux sera réduit de 33.772.000 euros pour les cinq unions nationales et de 673.000 euros pour la Caisse des soins de santé de HR Rail (article 195, § 1^{er}, 2°, alinéa 3).

En ce qui concerne le montant variable des frais d'administration, il convient de noter que depuis 2022, celui-ci représente 20 % du montant total des frais d'administration octroyés aux organismes assureurs. Il s'agit de la partie dite "VARAK", attribuée sur la base

wordt toegekend op basis van prestatie-indicatoren. Deze indicatoren geven een beeld van de prestaties van de verzekeringsinstellingen, die jaarlijks worden geëvalueerd door het RIZIV en de Controledienst voor de Ziekenfondsen. Afhankelijk van de vastgestelde resultaten wordt een deel van het variabele bedrag, indien nodig, afgetrokken van het totaal en moet dit worden terugbetaald door de verzekeringsinstellingen. In uitvoering van het regeerakkoord wordt dit systeem uitgebreid. Het variabele gedeelte van de administratiekosten zal geleidelijk toenemen. Deze verhoging zal worden gerealiseerd via een aanvullend mechanisme, namelijk een garantiesysteem dat gericht is op een efficiënte uitgavenbeheersing, enkel in de sector geneeskundige verzorging.

Vanaf het jaar 2026 zullen de verzekeringsinstellingen verantwoordelijk worden gesteld voor hun administratiekosten in verhouding tot de acties die zij jaarlijks ondernemen om de uitgaven in de sector geneeskundige verzorging te beheersen, en in het bijzonder voor de besparingen die zij realiseren ten opzichte van de globale jaarlijkse begrotingsdoelstelling van de ziekteverzekering en de gedeeltelijke jaarlijkse begrotingsdoelstellingen van de Akkoordencommissies bedoeld in artikel 40 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994. Deze responsabilisering zal betrekking hebben op een bedrag van 25.000.000 euro in 2026, 50.000.000 euro in 2027 en 75.000.000 euro in 2028, oplopend tot 100.000.000 euro vanaf 2029. De verzekeringsinstellingen zullen jaarlijks worden geëvalueerd op basis van de behaalde resultaten, met het oog op een eventuele toekenning van het deel van de administratiekosten dat voor dit doel is gereserveerd op een rekening van het RIZIV.

Dit nieuwe systeem streeft drie hoofddoelstellingen na:

- de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen versterken;
- het structureel verbeteren van fraudebestrijding en controlemechanismen;
- het uitgavenbeheer in de sector geneeskundige verzorging richten op meetbare resultaten.

Aan de Koning wordt de bevoegdheid verleend om de modaliteiten van de evaluatie, de periodiciteit, en de voorwaarden te bepalen op basis waarvan het gereserveerde gedeelte van de administratiekosten al dan niet wordt toegekend aan de verzekeringsinstellingen.

De spreker gaat vervolgens in op artikel 27 van het wetsvoorstel.

d'indicateurs de performance. Ces indicateurs reflètent les prestations des organismes assureurs, évaluées chaque année par l'INAMI et l'Office de contrôle des mutualités. En fonction des résultats constatés, une partie du montant variable peut, le cas échéant, être déduite du total et doit être remboursée par les organismes assureurs. En exécution de l'accord de gouvernement, ce système sera étendu. La partie variable des frais d'administration augmentera progressivement. Cette augmentation sera réalisée via un mécanisme complémentaire, à savoir un système de garantie visant une gestion efficiente des dépenses, uniquement dans le secteur des soins de santé.

À partir de l'année 2026, les organismes assureurs seront tenus responsables de leurs frais d'administration en fonction des actions qu'ils entreprennent chaque année pour maîtriser les dépenses dans le secteur des soins de santé, et en particulier des économies qu'ils réalisent par rapport à l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance maladie et aux objectifs budgétaires annuels partiels des Commissions de conventions et d'accords visées à l'article 40 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994. Cette responsabilisation portera sur un montant de 25.000.000 euros en 2026, 50.000.000 euros en 2027 et 75.000.000 euros en 2028, pour atteindre 100.000.000 euros à partir de 2029. Les organismes assureurs seront évalués chaque année sur la base des résultats obtenus, en vue d'une éventuelle attribution de la part des frais d'administration réservée à cet effet sur un compte de l'INAMI.

Ce nouveau système poursuit trois objectifs principaux:

- renforcer la responsabilité financière des organismes assureurs;
- améliorer structurellement la lutte contre la fraude et les mécanismes de contrôle;
- orienter la gestion des dépenses dans le secteur des soins de santé vers des résultats mesurables.

Le Roi est habilité à déterminer les modalités de l'évaluation, sa périodicité, ainsi que les conditions selon lesquelles la part réservée des frais d'administration est ou non attribuée aux organismes assureurs.

L'intervenant évoque ensuite l'article 27 de la proposition de loi.

Deze bepaling heft het stelsel omschreven in paragraaf 3 van artikel 194 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen op, dat tot doel heeft de ten onrechte betaalde uitgaven die niet teruggevorderd kunnen worden door de verzekeringsinstellingen met toepassing van artikel 17, tweede lid, van de wet van 11 april 1995 tot invoering van het Handvest van de sociaal verzekerde te identificeren en ten laste te nemen als administratiekosten van de verzekeringsinstellingen en dit op een progressieve manier in functie van hun omvang. Vanaf 1 januari 2026 zullen deze onverschuldigde bedragen op een integrale wijze als administratiekosten van de betrokken verzekeringsinstelling worden beschouwd. In dat kader geldt één uitzondering. Als de verzekeringsinstelling kan aantonen dat de fout toerekenbaar is aan een andere instelling van sociale zekerheid, moet dit bedrag toch niet ten laste van de administratiekosten worden genomen.

Voorts wordt de gelegenheid aangegrepen om in paragraaf 1 van artikel 194 van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te verduidelijken dat de uitgaven die betrekking hebben op de toekenning van een werkhervattingspremie aan sommige werkgevers evenmin deel uitmaken van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen.

Vervolgens bespreekt de heer Bertels artikel 28 van het wetsvoorstel.

Deze bepaling wijzigt verschillende onderdelen van artikel 195 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

Zo wordt vooreerst het algemene bedrag van de administratiekosten van de vijf landsbonden en de kas van de geneeskundige verzorging van HR Rail vastgesteld voor 2026 waarbij, met het oog op de leesbaarheid en de duidelijkheid van de bepaling, ook de voorheen al door de Koning bepaalde bedragen voor 2023, 2024 en 2025 worden hernomen die louter zijn vastgesteld geweest op basis van de zogenaamde formule van de wettelijke parameters.

Verder wordt bepaald dat het specifieke bedrag dat sinds 2008 jaarlijks aan de vijf landsbonden wordt toegekend wegens de integratie van de kleine risico's in de sector van de geneeskundige verzorging vanaf 2026 niet langer toegekend.

Vervolgens wordt vastgelegd dat het variabele deel van de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen geleidelijk zal toenemen. Deze verhoging (25.000.000 euro in 2026 en uiteindelijk 100.000.000 euro vanaf 2029)

Cette disposition vise à abroger le régime décrit au § 3 de l'article 194 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui a pour objectif d'identifier et de prendre en charge, en tant que frais d'administration des organismes assureurs, les dépenses indûment payées que les organismes assureurs ne peuvent récupérer, conformément à l'article 17, alinéa 2, de la loi du 11 avril 1995 instaurant la Charte de l'assuré social, et ce de manière progressive en fonction de leur ampleur. À partir du 1^{er} janvier 2026, ces montants indûment payés seront toutefois considérés intégralement comme frais d'administration de l'organisme assureur concerné. Une exception est prévue dans ce cadre: si l'organisme assureur peut démontrer que l'erreur est imputable à une autre institution de sécurité sociale, ce montant ne sera pas pris en charge dans les frais d'administration.

En outre, l'occasion est saisie de clarifier, au § 1^{er} de l'article 194 de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994, que les dépenses liées à l'octroi d'une prime de reprise du travail à certains employeurs ne font pas non plus partie des frais d'administration des organismes assureurs.

M. Bertels évoque ensuite l'article 28 de la proposition de loi.

Cette disposition vise à modifier plusieurs éléments de l'article 195 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Elle fixe tout d'abord le montant général des frais d'administration des cinq unions nationales et de la caisse des soins de santé de HR Rail pour l'année 2026, en reprenant, dans un souci de lisibilité et de clarté, également les montants déjà déterminés par le Roi pour les années 2023, 2024 et 2025, ceux-ci ayant été déterminés uniquement sur la base de la formule dite des paramètres légaux.

En outre, il est prévu que le montant spécifique octroyé chaque année depuis 2008 aux cinq unions nationales en raison de l'intégration des petits risques dans le secteur des soins de santé ne sera plus attribué à partir de 2026.

Ensuite, il est établi que la partie variable des frais d'administration des organismes assureurs augmentera progressivement. Cette augmentation (25.000.000 euros en 2026 et finalement 100.000.000 euros à partir de

zal echter worden gerealiseerd via een aanvullend mechanisme, namelijk een garantiesysteem dat gericht is op een efficiënte uitgavenbeheersing en dit enkel in de sector geneeskundige verzorging.

Ten slotte wordt de gelegenheid aangegrepen om in paragraaf 5 van artikel 195 van de voormelde gecoördineerde wet van 14 juli 1994 te verduidelijken dat het resultaat van de rekening van de administratiekosten niet wordt vermengd met de resultaten van de rekeningen inzake de toekenning van de prestaties die ook de toekenning van een werkhervattingspremie (bedoeld in hoofdstuk IV van titel III van deze gecoördineerde wet van 14 juli 1994) aan sommige werkgevers inhouden.

II. — ALGEMENE BESPREKING

A. Vragen en opmerkingen van de leden

Mevrouw Kathleen Depoorter (N-VA) onderstreept het belang van het voorliggende wetsvoorstel en dringt aan op een snelle goedkeuring ervan.

De snelle toegang tot innovatieve geneesmiddelen is voor de spreekster belangrijk. Het wetsvoorstel vergemakkelijkt de toegang voor de patiënten tot deze geneesmiddelen.

De in het wetsvoorstel opgenomen heffingen rond de omzet, bijdrageheffingen, de weesheffing en de bijdrage op de marketing blijven gehandhaafd.

De spreekster wijst erop dat de overconsumptie van geneesmiddelen een probleem vormt. Er werden al vele pogingen ondernomen om deze overconsumptie terug te dringen. Reclame kan een aanzet vormen tot gebruik en vandaar de bijdrage op marketing.

De spreekster wijst erop dat wetenschappelijk gezien de protonpompinhibitoren (PPI) te lang en aan teveel patiënten worden voorgeschreven. Is het verhogen van het remgeld genoeg ontradend om het verbruik van deze middelen te laten dalen? De voorgenomen verhoging vormt één van de maatregelen om het gebruik van deze middelen te verminderen. Ook een gezondere levensstijl draagt bij tot een betere werking van de maag waardoor de vraag naar de PPI zal dalen.

De verhoging draagt ook bij tot een billijke bijdrage van de patiënt in het geneesmiddelenbudget.

2029) sera toutefois réalisée via un mécanisme complémentaire, à savoir un système de garantie visant une gestion efficace des dépenses, et ce uniquement dans le secteur des soins de santé.

Enfin, l'occasion est saisie de préciser, au § 5 de l'article 195 de la loi coordonnée précitée du 14 juillet 1994, que le résultat du compte des frais d'administration n'est pas incorporé aux résultats des comptes ayant trait à l'octroi des prestations qui concernent également l'octroi d'une prime de reprise du travail (visée au chapitre IV du titre III de ladite loi coordonnée du 14 juillet 1994) à certains employeurs.

II. — DISCUSSION GÉNÉRALE

A. Questions et observations des membres

Mme Kathleen Depoorter (N-VA) souligne l'importance de la proposition de loi à l'examen et demande avec insistance qu'elle soit rapidement adoptée.

Pour l'intervenante, il importe de pouvoir accéder rapidement aux médicaments innovants. La proposition de loi facilitera l'accès des patients à ces médicaments.

La cotisation sur le chiffre d'affaires, la cotisation contributive, la cotisation orpheline et la contribution sur le marketing, prévues par la proposition de loi, sont maintenues.

L'intervenante indique que la surconsommation de médicaments est problématique. De nombreuses tentatives ont déjà été faites pour réduire cette surconsommation. Étant donné que la publicité peut inciter à la consommation, une contribution sur le marketing se justifie.

L'intervenante poursuit en indiquant que les médicaments inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) sont prescrits pour une période trop longue et à un trop grand nombre de patients. L'augmentation du ticket modérateur sera-t-elle suffisamment dissuasive pour réduire la consommation de ces médicaments? L'augmentation prévue sera l'une des mesures visant à atteindre cet objectif. Un mode de vie sain contribue également au bon fonctionnement de l'estomac et permet de réduire la demande d'IPP.

L'augmentation du ticket modérateur aura aussi pour conséquence que les patients contribueront équitablement au budget des médicaments.

De omzetting van de categorie van geneesmiddelen is belangrijk. Momenteel worden alle persoonlijke aandelen voor geneesmiddelen in aanmerking genomen voor de maximumfactuur, met uitzondering van de persoonlijke aandelen voor geneesmiddelen die behoren tot de vergoedingscategorieën Cs en Cx. Het wetsvoorstel voorziet dat ook de persoonlijke aandelen voor de geneesmiddelen van de vergoedingscategorieën Cs en Cx opgenomen worden in de maximumfactuur. Voor kwetsbare patiënten zal de bijdrage zich dus beperken tot het bedrag dat onder de maximumfactuur valt.

Het persoonlijk aandeel voor een aantal geneesmiddelen wordt verhoogd maar deze verhoging geldt niet voor de geneesmiddelen van de vergoedingscategorie A. Diabetici of kankerpatiënten die volledig terugbetaalbare therapieën volgen zullen niet extra moeten bijdragen.

De persoonlijke aandelen voor de opname in een psychiatrisch ziekenhuis worden nu gedurende maximum 365 dagen in aanmerking genomen voor de maximumfactuur. Deze beperking wordt geschrapt om langdurige psychiatrische patiënten beter te beschermen tegen de hoge kosten voor gezondheidszorg.

Mevrouw Frieda Gijbels (N-VA) stelt dat het wetsvoorstel uitvoering geeft aan het regeerakkoord aangaande de ziekenfondsen.

Ziekenfondsen krijgen 1, 37 miljard euro werkingsmiddelen per jaar toegewezen. De spreekster vraagt dat de ziekenfondsen zuinig met dit belastinggeld omspringen. Het Rekenhof bekeek op vraag van het Parlement de financiering van de ziekenfondsen. En daaruit bleek dat er nood is aan verandering.

De ingebouwde responsabilisering werkt niet. De kostenstructuur is onvoldoende duidelijk en er kan niet nagegaan worden of het voorziene bedrag gerechtvaardigd is. Er is verder te weinig informatie beschikbaar om de ziekenfondsen door te lichten.

Het wetsvoorstel betekent een stap vooruit aangaande de responsabilisering van de ziekenfondsen. Ze moeten nu zelf opdraaien voor gemaakte fouten. Het uitkeren van onverschuldigde bedragen moeten ze vanaf nu zelf betalen. Tussen 2019 en 2022 ging dat om 13,5 miljoen euro aan onterecht betaalde bedragen waarvan de ziekenfondsen zelf maar 158.000 euro betaalden.

Het variabele deel van hun administratiekosten (VARAK-gedeelte) zal stijgen en worden uitgekeerd naar gelang de ziekenfondsen de uitgaven in de gezondheidszorg mee helpen beheersen. Wanneer ze

Les modifications prévues en ce qui concerne les catégories de médicaments sont importantes. Actuellement, toutes les interventions personnelles pour les médicaments sont prises en compte dans le maximum à facturer, à l'exception des interventions personnelles pour les médicaments relevant des catégories de remboursement Cs et Cx. La proposition de loi prévoit que les interventions personnelles pour les médicaments relevant des catégories de remboursement Cs et Cx seront également intégrées dans le maximum à facturer. L'intervention des patients vulnérables se limitera donc au montant inférieur au maximum à facturer.

L'intervention personnelle sera augmentée pour une série de médicaments, mais pas pour les médicaments de la catégorie de remboursement A. Les patients diabétiques ou atteints d'un cancer qui suivent des thérapies entièrement remboursées ne devront pas contribuer davantage.

Actuellement, les interventions personnelles pour l'admission en hôpital psychiatrique sont prises en compte dans le maximum à facturer pendant une durée maximale de 365 jours. Cette limitation sera supprimée afin de mieux protéger les patients psychiatriques de longue durée contre les coûts élevés des soins de santé.

Mme Frieda Gijbels (N-VA) fait observer que la proposition de loi met en œuvre les passages de l'accord de gouvernement concernant les mutualités.

Les mutualités reçoivent chaque année 1,37 milliard d'euros de frais de fonctionnement. L'intervenante souhaite que les mutualités gèrent ces fonds publics avec parcimonie. La Cour des comptes a examiné le financement des mutualités à la demande du Parlement. Il ressort de cet examen que des changements s'imposent.

Le mécanisme de responsabilisation ne fonctionne pas. La structure des coûts manque de clarté et il n'est pas possible de vérifier si le montant prévu est justifié. En outre, les informations disponibles sont insuffisantes pour soumettre les mutualités à un examen approfondi.

La proposition de loi permettra d'accroître la responsabilisation des mutualités, dès lors que celles-ci devront assumer financièrement leurs erreurs. Elles devront en effet prendre en charge les montants indûment payés. Entre 2019 et 2022, ces montants ont atteint 13,5 millions d'euros, et les mutualités n'ont elles-mêmes pris en charge que 158.000 euros de ces montants indûment payés.

La partie variable des frais d'administration des mutualités (partie VARAK) augmentera et sera versée en tenant compte de la contribution des mutualités à la maîtrise des dépenses de soins de santé. Si elles n'y

hun best niet doen, dan krijgen ze een kleinere toelage die kan oplopen tot 100 miljoen in 2029.

De ziekenfondsen krijgen 11,4 miljoen euro omdat ze in 2008 de kleine risico's voor zelfstandigen moesten integreren in hun systemen. De spreekster heeft vrede met een eenmalige toelage maar dit is onbegrijpelijk dat 17 jaar later deze toelage nog steeds bestaat. Mevrouw Gijbels is verheugd dat daar nu een eind aan komt.

Er is ook een lineaire besparing van 34,5 miljoen euro omwille van de precare budgettaire context.

De spreekster is van oordeel dat deze oefening ook los van de begrotingscontext voortdurend zou moeten gemaakt worden. De vraag of de financiering in verhouding staat tot de nood moet steeds gesteld worden. Er moet verder ingezet worden op de transparantie en de kostenstructuur van de ziekenfondsen. De burger heeft het recht te weten of zijn belastinggeld goed wordt besteed.

De spreekster gaat in op de variabele administratiekosten. De ziekenfondsen moeten voor de juiste doelstellingen geresponsabiliseerd worden. Er mag geen tweedracht worden gezaaid tussen zorgverstrekkers en ziekenfondsen. Aan de Koning wordt de bevoegdheid verleend om de modaliteiten en de voorwaarden voor een positieve evaluatie te bepalen. Het Parlement hoort geïnformeerd te worden over de manier waarop de minister de modaliteiten en de voorwaarden wil uitwerken.

Voor mevrouw Dominiek Sneppe (VB) is de snelle toegang tot innovatieve geneesmiddelen belangrijk. De spreekster dringt aan op transparantie en correcte prijsafspraken.

De gesloten enveloppe bedraagt 25 miljoen euro. De enveloppe geldt voor de snelle én vroege toegang? Het voorziene bedrag is een maximumbedrag, wat als er meer geldt nodig is? Is er zicht op de werkelijke noden? De financiering van dit programma wordt buiten het geneesmiddelenbudget gehouden. Is het zo dat indien de bedrijven moeten terugstorten, deze stortingen wel worden opgenomen in het geneesmiddelenbudget?

Bij de facturatie aan de ziekenhuizen wordt 85 % door de ziekteverzekering betaald. Dit percentage wordt verlaagd tot 78 %. Het verschil van 7 % wordt doorgeschoven naar de ziekenhuizen. Maar het water staat de ziekenhuizen al aan de lippen. Deze 7 % mogen niet aan de patiënt aangerekend worden, hoe gaan de

contribuent pas d'une manière optimale, elles recevront une allocation réduite qui pourra atteindre 100 millions d'euros en 2029.

Les mutualités reçoivent 11,4 millions d'euros parce qu'elles ont dû intégrer les petits risques pour les travailleurs indépendants dans leurs systèmes en 2008. L'intervenante comprend qu'une allocation unique leur ait été accordée mais ne comprend pas que cette allocation soit toujours versée dix-sept ans plus tard. Elle se félicite que cette anomalie soit maintenant rectifiée.

Des économies linéaires de 34,5 millions d'euros sont également prévues en raison de la précarité du contexte budgétaire.

Mme Gijbels estime que cet exercice d'économie devrait être permanent, indépendamment du contexte budgétaire. Il faudrait toujours se demander si le financement correspond aux besoins. Il convient par ailleurs de continuer à être attentif à la transparence et à la structure des coûts des mutualités. Le citoyen a le droit de savoir si ses impôts sont utilisés judicieusement.

L'intervenante revient sur les frais d'administration variables. Les mutualités doivent être responsabilisées judicieusement. Il ne faut pas semer la discorde entre les prestataires de soins et les mutualités. Le Roi sera habilité à fixer les modalités et les conditions d'une évaluation positive. Le Parlement devra être informé des intentions du ministre en ce qui concerne l'élaboration de ces modalités et de ces conditions.

Mme Dominiek Sneppe (VB) juge important d'assurer un accès rapide aux médicaments innovants. L'intervenante appelle instamment à la mise en place d'accords tarifaires corrects et transparents.

L'enveloppe fermée se monte à 25 millions d'euros. Recouvre-t-elle à la fois l'accès rapide et l'accès précoce? Le montant prévu est un montant maximum. Que se passera-t-il si des besoins supplémentaires se font ressentir? A-t-on une vision claire des besoins réels? Le financement de ce programme est maintenu en dehors du budget des médicaments. Est-il exact que, si les entreprises doivent procéder à des remboursements, ceux-ci seront quant à eux inscrits dans le budget des médicaments?

Lors de la facturation aux hôpitaux, le montant est pris en charge à concurrence de 85 % par l'assurance maladie. Ce pourcentage sera ramené à 78 %. La différence, soit 7 %, sera imputée aux hôpitaux. Mais ces derniers ont déjà la tête sous l'eau. Ces 7 % ne peuvent pas être facturés au patient. Comment les hôpitaux

ziekenhuizen dit ophoesten? En hoe wordt nagegaan dat deze 7 % niet op de patiënt verhaald wordt?

Waarom worden de heffingen op de farmaceutische sector elk jaar ter goedkeuring aan het Parlement voorgelegd? De spreekster pleit voor een meerjarenopzet. En zullen deze heffingen de farmaceutische sector niet ontmoedigen om activiteiten in België te ontwikkelen of te behouden? Bestaan er cijfers over het effect van deze heffingen?

De marketingheffing werd indertijd ingevoerd in de veronderstelling dat intensieve promotie leidt tot meer en duurdere voorschriften en dat dit een extra kost betekent voor de ziekteverzekering. De sector besteedt 10 % van de omzet aan promotie en dus wordt dat bedrag teruggevorderd. Maar werd die heffing ooit geëvalueerd? Wat is de huidige impact van deze heffing?

Ook de kleine innovatieve bedrijven van eigen bodem moeten deze heffing ophoesten. Worden deze niet gedupeerd ten opzichte van de multinationals?

De spreekster hekelt het opzet van dit wetsvoorstel, het voorstel bevat een aantal goede punten maar in het voorstel worden ook enkele heikele bepalingen weggemoffeld.

Zo houden de artikelen 13 tot 20 een structurele verhoging van de zorgkost in voor vele patiënten. Het gaat hier niet om een technische herindeling maar om een besparing ten koste van de patiënten. Door de geneesmiddelen van categorie te veranderen, stijgen de remgelden. Welke criteria werden gehanteerd bij deze herindeling? Werden daarover adviezen ingewonnen? Deze herindeling zou moeten leiden tot een besparing van 87,2 miljoen euro. Wordt er gerekend op een vermindering van het aantal gebruikers? Het is immers de bedoeling dat minder mensen deze geneesmiddelen gebruiken. Of rekent men enkel op de verhoging van het remgeld?

De spreekster vreest dat de voorgenomen maatregelen de gezondheidszorg op twee snelheden in de hand werken. De geneesmiddelen blijven betaalbaar voor wie het zich kan veroorloven. Maar voor de minder begoeden leidt dit tot minder consumptie met alle gezondheidsgevolgen van dien. Sommige ziekenfondsen

pourront-ils dès lors faire face à cette augmentation? Et quel contrôle sera mis en place afin de vérifier que ces 7 % ne seront pas répercutés sur le patient?

Pourquoi les cotisations sur le secteur pharmaceutique sont-elles présentées tous les ans au Parlement pour approbation? L'intervenante plaide pour un plan pluriannuel. En outre, ces cotisations ne sont-elles pas de nature à décourager les acteurs pharmaceutiques intéressés par le développement ou le maintien d'activités en Belgique? Existe-t-il des chiffres concernant l'effet de ces cotisations?

L'introduction de la contribution sur le marketing se fondait à l'époque sur l'idée que la promotion intensive conduit à une augmentation du nombre de prescriptions et à la prescription de produits plus chers, ce qui se traduit par des coûts supplémentaires pour l'assurance maladie. Le secteur consacre 10 % de son chiffre d'affaires à la promotion et ce montant est donc récupéré. Mais cette contribution a-t-elle jamais été évaluée? Quel est son impact actuel?

Les petites entreprises innovantes locales doivent également déboursier cette contribution. N'est-ce pas les désavantager face aux multinationales?

L'intervenante fustige l'intention sous-jacente de cette proposition de loi, qui comporte certes des points positifs, mais recèle également quelques dispositions contestables.

Ainsi, les articles 13 à 20 impliquent une augmentation structurelle du coût des soins pour de nombreux patients. Il ne s'agit pas d'une nouvelle répartition technique, mais bien d'une économie réalisée au détriment du patient. En faisant passer des médicaments d'une catégorie à une autre, on augmente le ticket modérateur. Quels critères ont été pris en compte lors de la définition de cette nouvelle répartition? Des avis ont-ils été recueillis avant de procéder à cette modification? La nouvelle répartition devrait conduire à des économies à hauteur de 87,2 millions d'euros. S'attend-on à une diminution du nombre d'utilisateurs? En effet, l'objectif est de réduire le nombre de personnes consommant ces médicaments. Ou ne prend-on en compte que l'augmentation du ticket modérateur?

L'intervenante craint que les mesures proposées entraînent l'avènement de soins de santé à deux vitesses. Les médicaments resteront abordables pour ceux qui peuvent se permettre de les acheter. Mais les moins nantis devront se résoudre à réduire leur consommation de médicaments, avec les conséquences que cela peut

zullen via hun aanvullende verzekering deze remgelden wel terugbetalen. Waarom zou dan de consumptie dalen?

Bij medicatiecategorie C is er één remgeldplatform maar in categorie B is er een platform voor kleine en grote verpakkingen. Waarom dit verschil?

Het remgeld hangt af van de terugbetalingscategorie en de kwalificatie van de patiënt (rechthebbende met verhoogde tegemoetkoming). Het wetsvoorstel leidt ertoe dat voor sterk terugbetaalde geneesmiddelen een hoger remgeld zal gelden. Het remgeld per doosje wordt bepaald op minstens één euro voor een persoon met een verhoogde tegemoetkoming en twee euro voor andere patiënten. Hoeveel eenheden bevat zo een doosje? De regering zal ook overgaan tot één verpakkingsformaat. Hoe kan er dan één euro gevraagd worden voor één pil en één euro voor 10 pillen? Dit is bijzonder.

Wat zijn de medische redenen om over te gaan tot deze maatregelen? De spreekster vreest dat het hier om een zuivere besparingsmaatregel gaat. Hoeveel patiënten zullen meer betalen? Is er een impactanalyse? En wat met de therapietrouw? Hogere kosten leiden immers tot minder gebruik.

Voor de geneesmiddelen van categorie A geldt de bepaling van één of twee euro niet. Daar blijft het remgeld nul euro. Klopt dit?

De spreekster kan zich vinden in het afschaffen van de 365-dagen beperking voor opnames in psychiatrische ziekenhuizen. Hoe valt dit te rijmen met de heksenjacht op de langdurig zieken? De winst voor de patiënt die van de maximumfactuur geniet wordt tenietgedaan door de verhoging van de remgelden.

Hoeveel extra mensen vallen onder de maximumfactuur? Wat is de budgettaire impact ervan? Gaat het stelsel van de maximumfactuur niet exploderen?

Het systeem wordt niet eenvoudiger voor de burger. De spreekster dringt aan op een grondige evaluatie van het systeem van de maximumfactuur.

avoir sur leur santé. Certaines mutualités rembourseront ce ticket modérateur par l'intermédiaire de leur assurance complémentaire; il n'y a donc pas de raison que la consommation diminue.

L'intervenante relève ensuite l'existence d'un seuil unique pour le ticket modérateur en ce qui concerne les médicaments de catégorie C, alors qu'il existe un seuil pour les petits conditionnements et un seuil pour les grands conditionnements en ce qui concerne la catégorie B. Pourquoi cette différence?

Le ticket modérateur dépend de la catégorie de remboursement et de la qualité du patient (bénéficiaire de l'intervention majorée). La proposition de loi introduit un ticket modérateur plus élevé pour les médicaments fortement remboursés. Le ticket modérateur est fixé à au moins un euro par boîte pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et à deux euros par boîte pour les autres patients. Combien d'unités y aura-t-il dans une boîte? Le gouvernement a par ailleurs l'intention d'introduire un format unique de conditionnement. Vaut-on dès lors facturer un euro pour un comprimé, mais aussi un euro pour dix comprimés? L'intervenante trouve cela à tout le moins surprenant.

Quels sont les motifs médicaux qui justifient l'adoption de ces mesures? L'intervenante craint qu'elles s'appuient exclusivement sur des considérations budgétaires. Combien de patients devront payer davantage? Une analyse d'impact a-t-elle été effectuée? Et *quid* de l'observance thérapeutique? En effet, une augmentation des coûts conduit à une réduction de la consommation.

La disposition relative à la facturation d'un montant d'un ou deux euros ne s'applique pas aux médicaments de catégorie A. Le ticket modérateur reste fixé à zéro euro pour ces produits. Est-ce correct?

L'intervenante peut adhérer à la suppression de la durée maximale de 365 jours pour les admissions en hôpital psychiatrique. Comment cette mesure peut-elle être compatible avec la chasse aux sorcières dont font l'objet les malades de longue durée? Le gain pour le patient qui profite du maximum à facturer est neutralisé par l'augmentation du ticket modérateur.

Quel sera le nombre de bénéficiaires supplémentaires du maximum à facturer? Quel en sera l'impact budgétaire? Le régime du maximum à facturer ne va-t-il pas implorer?

Les modifications proposées ne contribueront pas à clarifier le système pour le citoyen. L'intervenante insiste pour que le système du maximum à facturer soit évalué en profondeur.

Mevrouw Sneppe steunt de maatregelen over de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen. Het budget dat naar de mutualiteiten gaat is wel gigantisch dus daar kan op bespaard worden. Worden de mutualiteiten beloond wanneer er minder zorgverbruik is? Het voorstel leidt niet tot beter en efficiënter gebruik van de zorg. Het wetsvoorstel is een besparing maar leidt niet tot meer efficiëntie.

Mevrouw Julie Taton (MR) schaaft zich achter het wetsvoorstel omdat het heel duidelijk gestalte geeft aan een lijn die de MR al sinds het begin van deze legislatuur volgt, met name dat ons gezondheidsstelsel efficiënter moet en dat de betrokkenen moeten worden geresponsabiliseerd.

De maatregelen met betrekking tot de vroege toegang zijn een belangrijke stap vooruit. Ze bieden de zekerheid dat er op lange termijn budget voorhanden is voor vernieuwende behandelingen, middels een gesloten enveloppe die losstaat van het vaste geneesmiddelenbudget. Door in het farmaceutisch meerjarenplan de financiering van dergelijke programma's te preciseren, zorgt de regering ervoor dat patiënten snelle toegang blijven hebben tot innovatieve therapieën, terwijl het algehele uitgaventraject onder controle blijft.

Ook de maatregel die de maximumfactuur uitbreidt naar de opname in een psychiatrisch ziekenhuis is een goede zaak. Voortaan zullen alle dagen psychiatrische hospitalisatie volledig meetellen in de maximumfactuur. Zo krijgen mensen die lijden aan langdurige psychiatrische stoornissen en daardoor vaak tot de meest kwetsbaren in onze samenleving behoren, betere financiële bescherming.

De komst van een minimaal remgeld per verpakking van een in de publieke officina afgeleverde vergoedbare farmaceutische specialiteit is een essentiële maatregel om de bestendigheid van het systeem te waarborgen. Geneesmiddelen kosten de ziekteverzekering thans handenvol geld, terwijl de patiënten zelf een remgeld betalen dat voor bepaalde verpakkingen minder dan 1 euro of zelfs bijna nul bedraagt. Daarom kan de invoering van een minimumbijdrage van 1 euro voor begunstigen van de verhoogde tegemoetkoming en van 2 euro voor andere patiënten leiden tot een zekere verantwoordelijkheidszin, zonder dat de algehele betaalbaarheid op de helling komt te staan.

Dat geldt des te meer omdat de regeling van de maximumfactuur gezinnen met hoge zorgkosten blijft beschermen. Het betreft een solidariteitsbijdrage waarvan

Mme Sneppe soutient les mesures relatives aux frais d'administration des organismes assureurs. Le budget qui est alloué aux mutualités est énorme. Il y a donc une marge d'économie. Les mutualités sont-elles récompensées lorsque la consommation de soins diminue? La proposition n'entraînera pas un recours plus judicieux ou plus efficace aux soins de santé. Elle permettra, certes, de réaliser des économies, mais il n'y aura pas de gain en termes d'efficacité.

Mme Julie Taton (MR) soutient la proposition de loi, parce qu'elle incarne très clairement une ligne que le MR défend depuis le début de cette législature, c'est-à-dire renforcer l'efficacité de notre système santé et la responsabilisation des différents acteurs.

Les mesures relatives au financement de l'accès précoce constituent une avancée importante. Elles sécurisent dans la durée un budget spécifiquement dédié aux traitements innovants, au moyen d'une enveloppe fermée distincte du budget classique des médicaments. En précisant le financement de ces programmes dans le cadre du plan pharmaceutique pluriannuel, le gouvernement continue à offrir aux patients un accès rapide aux innovations thérapeutiques, tout en maintenant la trajectoire globale des dépenses sous contrôle.

Ensuite, la mesure qui élargit le système du maximum à facturer aux admissions en hôpital psychiatrique constitue également un point très positif dans ce texte. À l'avenir, toutes les journées d'hospitalisation psychiatrique compteront intégralement dans le MAF, ce qui renforce la protection financière des patients souffrant de troubles psychiatriques de longue durée, qui figurent souvent parmi les personnes les plus vulnérables de notre société.

La fixation d'un ticket modérateur minimum par conditionnement pour une spécialité pharmaceutique remboursable délivrée en officine ouverte au public constitue une mesure essentielle qui améliore la durabilité de notre système. Les médicaments représentent aujourd'hui un coût particulièrement important pour l'assurance maladie, et dans la pratique, certains conditionnements ne donnent mieux qu'un ticket modérateur assez faible, parfois inférieur à 1 euro, voire quasi nul pour le patient. Dans ce contexte, instaurer une contribution planchée d'un euro par boîte pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et de 2 euros pour les autres patients permet de responsabiliser le patient, sans remettre en cause l'accessibilité financière globale.

Cela est d'autant plus vrai que le système du maximum à facturer continue à protéger les ménages qui supportent des dépenses de santé qui sont assez élevées. Il s'agit

de opbrengsten hoe dan ook worden geherinvesteerd in een betere bescherming van de patiënt. Ze kunnen met name dienen ter financiering van de nieuwe EEFA-procedure (*Early and Equitable Fast Access*), waarmee patiënten veel sneller toegang krijgen tot innovatieve behandelingen.

Om bepaalde geneesmiddelen ook beter in te zetten, heeft men de transfer voor ogen van de terugbetalingen voor maagzuur- en cholesterolmedicatie. Uiteraard heeft de MR-fractie oog voor de geuite bezorgdheden voor de patiënten. De meest kwetsbare patiënten blijven evenwel gedekt door het voor de MR-fractie onmisbare vangnet van de maximumfactuur.

Tot besluit zijn de maatregelen naar meer verantwoordelijkheidszin bij de verzekeringsinstellingen bijzonder nuttig. Voortaan zullen hun werkingskosten immers sterker worden gekoppeld aan hun efficiëntie. In tijden waarin iedereen de buikriem moet aanhalen, is dat een essentieel aspect.

Mevrouw Caroline Désir (PS) verwijst vooreerst naar de besparingen op de ziekenhuisapotheken die door het wetsvoorstel worden doorgevoerd. Het gaat om 42 miljoen van de 160 miljoen euro besparingen die in 2026 aan de ziekenhuizen worden opgelegd. Er wordt hier geraakt aan de financiering van de ziekenhuisapotheken, in een tijd waarin hun kosten maar blijven stijgen: strengere normen, inflatie, toegenomen logistieke en technologische eisen enzovoort.

Volgens Santhea compenseren de prijsreducties die de ziekenhuizen van farmaceutische bedrijven krijgen die kosten niet meer, temeer daar ze in de huidige geopolitieke context steeds kleiner worden.

Uit de MAHA-studie blijkt bovendien andermaal dat een groot deel van de ziekenhuizen zich in een financieel wankel situatie bevindt. De besparingen die de regering en de meerderheidspartijen hun voor 2026 opleggen, zullen in sommige ziekenhuizen de al geringe winstmarge, die essentieel is voor investeringen in zorgkwaliteit en technologische innovatie, volledig wegvagen. En de andere ziekenhuizen zullen er al helemaal aan onderdoor gaan. De regering kiest ervoor onze ziekenhuizen nog meer te verzwakken op een moment dat er grote hervormingen op stapel staan (hervorming van de financiering, van het ziekenhuislandschap, van de nomenclatuur). De ziekenhuizen kunnen niet het onmogelijke doen. En uiteraard komt de toegang tot de zorg in gevaar.

De spreekster stelt bovendien vast dat de regering een volstrekt onbegrijpelijke en onrechtvaardige maatregel

d'une contribution solidaire dont les recettes seront, quoi qu'il arrive, réinvesties dans une meilleure protection des patients. Elles permettront notamment de financer la nouvelle procédure *Early and Equitable Fast Access*, qui offrira aux patients un accès beaucoup plus rapide aux traitements innovants.

En vue également de garantir une meilleure utilisation de certains médicaments, il est prévu de transférer des remboursements pour les médicaments contre l'acidité et contre le cholestérol. Le groupe MR entend évidemment les inquiétudes exprimées pour les patients. Toutefois, les patients les plus précarisés resteront couverts via le système du maximum à facturer, ce qui constitue un garde-fou qui est essentiel pour le groupe MR.

Et enfin, les mesures visant une meilleure responsabilisation des organismes assureurs sont particulièrement pertinentes puisqu'il sera désormais question de conditionner davantage leurs frais de fonctionnement à leur efficacité. Et dans un contexte budgétaire tendu pour tout le monde, cet aspect est absolument essentiel.

Mme Caroline Désir (PS) commence son intervention en abordant les économies sur les pharmacies hospitalières, mises en œuvre par la proposition de loi. Il s'agit de 42 millions d'économies, sur les 160 millions d'économies imposées aux hôpitaux en 2026. On touche ici au financement des pharmacies hospitalières alors que leurs coûts ne cessent d'augmenter: normes renforcées, inflation, exigences logistiques, technologiques accrues etc.

Selon Santhea, les ristournes obtenues auprès des firmes pharmaceutiques par les hôpitaux ne compensent plus ces charges, d'autant qu'elles tendent à diminuer dans le contexte géopolitique actuel.

En plus, l'étude MAHA présentée il y a quelques jours a à nouveau mis en avant la situation fragile d'une grande partie des hôpitaux. Les économies que le gouvernement et les partis de la majorité leur imposent pour 2026 effaceront complètement la maigre marge bénéficiaire que dégageaient certains hôpitaux et qui est indispensable pour assurer les investissements nécessaires dans la qualité des soins et les innovations technologiques. Et elles vont mettre les autres complètement à la corde. Le gouvernement fait le choix de fragiliser nos hôpitaux, à l'heure où des réformes majeures sont censées s'engager (réforme du financement, du paysage, de la nomenclature). Ils ne pourront pas faire l'impossible et c'est évidemment l'accessibilité aux soins qui est mise en danger.

L'oratrice constate par ailleurs que le gouvernement met en œuvre une mesure complètement incompréhensible

doorvoert, die enerzijds tot doel heeft het remgeld voor bepaalde essentiële geneesmiddelen te verhogen en anderzijds de protonpompinhibitoren (PPI) en statines duurder te maken, onder het voorwendsel dat “overmatig gebruik” moet worden tegengegaan.

Mevrouw Désir wijst erop dat die geneesmiddelen geen luxeproducten, noch optionele behandelingen zijn. De PPI's, die worden gebruikt voor de behandeling van chronische aandoeningen zoals reflux en maagzweren, en statines, die een fundamentele rol spelen bij de preventie van hart- en vaatziekten, zijn voor miljoenen mensen in België van levensbelang. Beweren, zoals de minister doet, dat die geneesmiddelen “overmatig gebruikt worden” is absurd. Die geneesmiddelen worden voorgeschreven door gezondheidszorgbeoefenaars om ernstige complicaties, ziekenhuisopnames en in veel gevallen vroegtijdig overlijden te voorkomen.

De minister lijkt die geneesmiddelen te beschouwen als gewone verbruiksgoederen. Het zijn echter essentiële geneesmiddelen, die worden voorgeschreven om de gezondheid en levenskwaliteit van de patiënten te waarborgen. Door ze duurder te maken, handelen de meerderheidspartijen niet in het belang van de volksgezondheid, maar vanuit een louter economische logica. Als men beslist tussen de twee en de drie miljard euro te besparen op de gezondheidszorg, dan zal dat echter ernstige gevolgen hebben. Het gaat om meer dan 100 miljoen besparingen op de kap van de patiënten.

De impact van deze maatregel op de eerlijke toegang tot de zorg is echter nog zorgwekkender. Deze prijsstijging zal de meest kwetsbare patiënten rechtstreeks treffen, zij die deze behandelingen het hardst nodig hebben, te beginnen met ouderen, chronisch zieken en de armsten.

Toen de minister van Volksgezondheid tijdens de plenaire vergadering werd geïnterpelleerd door de PS-fractie, gaf mevrouw Ludivine Dedonder het voorbeeld van de 79-jarige Ida die enkele jaren geleden een herseninfarct heeft gekregen en aan een slokdarmontsteking lijdt. In haar pillendoosje heeft ze, naast bloeddruk- en hartmedicatie, ook Pentomed en een geneesmiddel om haar cholesterolgehalte onder controle te houden. Ze neemt al die geneesmiddelen niet voor haar plezier. Sommige cardiologen zijn formeel: na een herseninfarct is het voorschrijven van statines een absolute noodzaak. Ida is geen alleenstaand geval. Een op de twee burgers gebruikt een geneesmiddel voor de cholesterol of de maag. Een miljoen mensen moeten zoals Ida dagelijks die twee geneesmiddelen innemen. De maatregel zal hun 130 euro per jaar extra kosten.

et injuste visant, d'une part, à augmenter le ticket modérateur de certains médicaments essentiels, et visant, d'autre part, à rendre plus chers les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les statines, sous le prétexte de freiner une “consommation excessive”.

Mme Désir rappelle que ces médicaments ne sont ni des produits de luxe, ni des traitements optionnels. Les IPP, utilisés pour traiter des affections chroniques comme les reflux acides et les ulcères, ainsi que les statines, qui jouent un rôle fondamental dans la prévention des maladies cardiovasculaires, sont des traitements vitaux pour des millions de personnes en Belgique. Prétendre que ces médicaments font l'objet d'une “consommation excessive”, comme le fait le ministre, est absurde. Ce sont des médicaments qui font l'objet de prescriptions médicales, dictées par des professionnels de la santé, pour éviter des complications graves, des hospitalisations et, dans bien des cas, des décès prématurés.

Le ministre, dans sa logique, semble considérer ces médicaments comme des biens de consommation courante. Or, ce sont des médicaments essentiels, prescrits pour garantir la santé et la qualité de vie des patients. En les rendant plus chers, les partis de la majorité n'agissent pas dans l'intérêt de la santé publique, mais dans une logique purement économique. Mais quand on décide de faire entre 2 et 3 milliards d'économies sur la santé, cela aura de graves conséquences. Il s'agit de plus de 100 millions d'économies sur le dos des patients.

Et ce qui est encore plus inquiétant, c'est l'impact que cette mesure aura sur l'équité d'accès aux soins. Cette hausse des prix touchera directement les patients les plus vulnérables, ceux qui ont le plus besoin de ces traitements, à commencer par les personnes âgées, les malades chroniques, et les plus démunis.

Lorsque le groupe PS avait interpellé le ministre de la Santé publique en séance plénière, Mme Ludivine Dedonder avait pris l'exemple d'Ida, 79 ans, qui a fait un AVC il y a quelques années et souffre d'une oesophagite. Dans son pilulier, à côté d'autres médicaments pour la tension et le cœur, elle a du Pentomed et un médicament pour réguler son taux de cholestérol. Elle ne prend pas tous ces médicaments par plaisir. Certains cardiologues sont formels, après un accident vasculaire, prescrire des statines, c'est une nécessité absolue. Et Ida n'est pas un cas isolé. Un citoyen sur deux prend un médicament pour le cholestérol ou pour l'estomac. Un million de personnes, comme Ida, doivent prendre ces deux médicaments tous les jours. Pour eux, ce sera plus 130 euros par an.

De maatregelen met betrekking tot de – door het lid toegejuichte – uitbreiding van de maximumfactuur waarin het wetsvoorstel voorziet, zullen die besparingen op de rug van de patiënten evenwel niet compenseren, in tegenstelling tot wat de indieners van het voorstel proberen te doen geloven.

De talrijke maatregelen en taksen die de regering oplegt, zullen de koopkracht van de mensen alleen maar ondermijnen en werknemers, gepensioneerden, zieken en de middenklasse alleen maar verarmen. En wat zal er gebeuren? Voor sommigen kan dit betekenen dat ze moeten kiezen tussen het innemen van hun geneesmiddelen of andere basisbehoeften zoals voeding, verwarming of vervoer. En wat als die patiënten bij gebrek aan middelen besluiten hun geneesmiddelen niet langer te nemen? Ernstige complicaties, ziekenhuisopnames die de gezondheidszorg veel geld kosten en vooral een verslechtering van hun gezondheid zullen het gevolg zijn. Door die behandelingen duurder te maken, riskeert de overheid niet alleen de gezondheid van haar burgers in gevaar te brengen, maar ook het hele gezondheidsstelsel. Dat is de echte prijs van deze maatregel.

De spreekster gaat vervolgens nader in op de bijdragen van de farmaceutische sector. De Algemene Raad heeft de farmaceutische sector gevraagd structurele maatregelen voor te stellen voor een bedrag van 80,360 miljoen euro ter vervanging van de *clawforward*. Die maatregel is opgenomen in de wet houdende diverse bepalingen waarvan de behandeling in het Parlement nog steeds aan de gang is.

Het hier besproken wetsvoorstel voorziet in de implementatie van de heffing op de omzet en de bijdrage op marketing, maar daar blijft het bij. Terwijl de noodzaak om te besparen op de rug van de patiënten heel dringend lijkt, lijkt de meerderheid veel minder gehaast te zijn om de industrie te laten bijdragen.

In het traject voor 2026 zal 227.908.000 euro moeten worden gevonden om te voldoen aan het voorspelbare en duurzame groeitraject voor het budget voor farmaceutische specialiteiten, dat de regering heeft vastgesteld op 17,3 % van de toegestane netto-uitgaven in de normatieve begroting voor de zorgdoelstelling.

De tot nu toe geplande concrete maatregelen zullen echter slechts 146,9 miljoen euro aan nettobesparingen opleveren, waardoor er een gat van 81 miljoen euro overblijft. Daar komt nog eens 77,6 miljoen euro bovenop waarvoor nog geen concrete maatregelen zijn gepland. In de praktijk betekent dit een gat van 158,6 miljoen euro in de begroting. Welke concrete

Les mesures liées à l'élargissement du maximum à facturer que la proposition de loi prévoit, et que la membre soutient, ne vont pas compenser les économies que l'on fait sur le dos des patients, contrairement à ce que les auteurs de la proposition essayent de faire croire.

Les nombreuses mesures prises par ce gouvernement et les nombreuses taxes qu'il impose ne vont faire que miner le pouvoir d'achat des citoyens, tout cela ne va faire qu'appauvrir les travailleurs, les pensionnés, les malades, la classe moyenne. Et qu'est-ce qui va se passer? Pour certains, cela pourrait signifier devoir choisir entre prendre leurs médicaments ou se priver d'autres nécessités de base comme l'alimentation, le chauffage ou les transports. Et que se passera-t-il si ces patients décident, faute de moyens, de ne plus prendre leurs médicaments? Des complications graves, des hospitalisations coûteuses pour le système de santé, et surtout, une détérioration de leur état de santé. En rendant ces traitements plus chers, le gouvernement risque de mettre en péril non seulement la santé des citoyens, mais aussi l'ensemble de notre système de santé. Voilà le véritable prix de cette mesure.

L'oratrice aborde ensuite les contributions du secteur pharmaceutique. Le Conseil général a chargé le secteur pharmaceutique de proposer des mesures structurelles pour un montant de 80,360 millions d'euros en remplacement du *clawforward*. Cette mesure figure dans la loi dispositions diverses qui poursuit toujours actuellement son chemin parlementaire.

Aujourd'hui, la proposition de loi à l'examen prévoit la mise en œuvre de la cotisation sur le chiffre d'affaires et de la contribution sur le marketing, mais rien d'autre. Alors que les économies à réaliser sur le dos des patients semblent très urgentes, il apparaît dans le chef de la majorité beaucoup moins d'empressement à faire contribuer l'industrie.

En effet, dans le traject 2026, 227.908.000 euros doivent être trouvés pour respecter la trajectoire de croissance prévisible et durable pour le budget des spécialités pharmaceutiques, que le gouvernement a fixé à 17,3 % des dépenses nettes autorisées du budget normatif pour l'objectif de soins de santé.

Or, les mesures concrètes prévues jusqu'ici ne permettent de générer que 146,9 millions d'économies nettes, laissant un trou de 81 millions d'euros. À cela s'ajoutent 77,6 millions d'efforts supplémentaires, mais pour lesquels aucune mesure concrète n'a encore été prévue. En pratique, cela signifie un trou de 158,6 millions dans le budget. Quelles mesures concrètes garantiront

maatregelen zullen waarborgen dat de farmaceutische industrie die inspanningen zal leveren? Zal men nu eindelijk het maximumbedrag van die veelbesproken *clawback* verhogen?

Tot slot gaat mevrouw Désir in op de responsabilisering van de mutualiteiten. Zij vindt het volkomen gerechtvaardigd dat de verzekeringsinstellingen meer geresponsabiliseerd worden. Zij spelen immers een centrale rol in het beheersen van de uitgaven, het opsporen van misbruik en het verbeteren van de werking van het systeem. Een gemoderniseerde responsabilisering kan nuttig zijn indien ze gebaseerd is op criteria zoals kwaliteit, relevantie van de maatregelen en reële impact op de volksgezondheid.

Het beoogde mechanisme wordt echter nog steeds gekenmerkt door een hoofdzakelijk boekhoudkundige logica. Het mechanisch koppelen van administratiekosten aan gerealiseerde besparingen – 1 euro verlies per “niet-teruggevorderde” euro – komt neer op het toepassen van een proportionele sanctie die helemaal geen rekening houdt met de structurele factoren van de uitgaven, noch met de werkelijk geleverde inspanningen. Wanneer men raakt aan de operationele middelen van de verzekeringsinstellingen, loopt men het risico dat zij minder goed in staat zijn om precies dat te doen wat van hen wordt verwacht: fraude bestrijden, preventiemaatregelen nemen of de coördinatie van de zorg verbeteren. Een doeltreffende responsabilisering zou een combinatie moeten zijn van begrotingsdiscipline en kwaliteitsbeoordeling, veeleer dan een louter financiële vergelijking.

Daarnaast maakt de spreekster zich zorgen over de uitbreiding van dat principe naar de terugkeer naar werk. Het is niet meer dan normaal dat mutualiteiten actief bijdragen aan de begeleiding van personen in arbeidsongeschiktheid en dat ze worden geëvalueerd op de kwaliteit en intensiteit van hun interventies. Afgaande op het laatste conclaaf lijkt het echter de bedoeling van de regering te zijn hen financieel te benadelen wanneer de begeleide personen niet daadwerkelijk terug aan het werk gaan. Een dergelijke logica komt erop neer dat de mutualiteiten verantwoordelijk worden gemaakt voor een resultaat dat in hoge mate afhankelijk is van externe factoren: het lage niveau van inclusie van onze arbeidsmarkt ten aanzien van personen met chronische ziekten, functionele beperkingen, geestelijke gezondheidsproblemen of een handicap; de aanhoudende discriminatie op de arbeidsmarkt; het gebrek aan aanpassingen van de jobinhoud; of nog, de ontoereikende flexibiliteit van de werkgevers.

Mutualiteiten kunnen worden geëvalueerd op hun processen, de kwaliteit van de begeleiding en de naleving

que ces efforts seront réalisés par l'industrie pharmaceutique? Envisage-t-on enfin un relèvement du plafond de ce fameux *clawback*?

Pour terminer, Mme Désir se penche sur la responsabilisation des mutualités. Elle estime qu'il est parfaitement légitime de responsabiliser davantage les organismes assureurs. Ils jouent un rôle central dans la maîtrise des dépenses, la détection des abus et l'amélioration du fonctionnement du système. Une responsabilisation modernisée peut être utile si elle s'appuie sur des critères de qualité, de pertinence des actions et d'impact réel sur la santé publique.

Cependant, le mécanisme prévu reste marqué par une logique essentiellement comptable. Corréler mécaniquement les frais d'administration aux économies réalisées, 1 euro perdu par euro “non récupéré”, revient à appliquer une sanction proportionnelle qui ne tient aucun compte des déterminants structurels de la dépense, ni des efforts réellement fournis. En fragilisant les moyens opérationnels des organismes assureurs, on risque de réduire leur capacité à faire précisément ce que l'on attend d'eux: lutter contre la fraude, mener des actions de prévention ou améliorer la coordination des soins. Une responsabilisation efficace devrait combiner rigueur budgétaire et évaluation qualitative, plutôt qu'une simple équation financière.

Par ailleurs, l'intervenante s'inquiète de l'extension de ce principe au retour à l'emploi. Il est normal que les mutualités contribuent activement à l'accompagnement des personnes en incapacité de travail, et qu'elles soient évaluées sur la qualité et l'intensité de leurs interventions. Mais il semble entrer dans les intentions du gouvernement, à la suite du dernier conclave, de les pénaliser financièrement lorsque les personnes accompagnées ne retournent pas effectivement à l'emploi. Une telle logique revient à faire porter aux mutualités la responsabilité d'un résultat qui dépend très largement de facteurs externes: le faible niveau d'inclusivité de notre marché du travail vis-à-vis des personnes souffrant de maladies chroniques, de limitations fonctionnelles, de troubles de santé mentale ou de handicap; les discriminations persistantes sur le marché de travail; le manque d'adaptations des postes; ou encore l'insuffisante flexibilité des employeurs.

Les mutualités peuvent être évaluées sur leurs processus, la qualité de l'accompagnement et la conformité

van kwantiteits- en kwaliteitsverplichtingen. Het feit dat mensen al dan niet werk vinden, weerspiegelt echter geenszins hun werkelijke prestaties en mag dan ook niet gesanctioneerd worden. Het is louter een graadmeter voor de structurele beperkingen van de arbeidsmarkt, waar zij geen controle over hebben. De PS-fractie zal dit nauwlettend in de gaten houden.

Mevrouw Natalie Eggermont (PVDA-PTB) gaat in op de besparingen die de ziekenhuisapotheken zullen treffen, waardoor de ziekenhuizen minder inkomsten zullen ontvangen. Zoals de recente MAHA-studie van Belfius aantoon, hebben de ziekenhuizen nu reeds financiële moeilijkheden. Bijna een op de twee ziekenhuizen zit in de rode cijfers. Dat is te wijten aan de jarenlange onderinvesteringen door de overheid. In 2026 zullen de ziekenhuizen moeten besparen en daarnaast zullen ze een groter deel van de kosten voor geneesmiddelen zelf moeten dragen. Dat is erg risicovol voor de ziekenhuizen, want de farmaceutische producten vormen een belangrijke bron van inkomsten voor de ziekenhuizen.

De spreekster gaat in op de afdeling met betrekking tot het Programma voor snelle toegang. De PVDA-PTB-fractie erkent het belang van innovatie en vindt het belangrijk dat patiënten toegang krijgen tot innovatieve geneesmiddelen. Het is echter niet correct om groepen van patiënten tegen elkaar op te zetten, namelijk personen die dure geneesmiddelen nodig hebben en personen die goedkope geneesmiddelen nemen. De Arizonacoalitie doet het vandaag lijken alsof personen die goedkope medicatie nemen het gezondheidsbudget zouden opgebruiken, waardoor er geen geld meer zou overblijven voor patiënten die dure medicatie nodig hebben. Sommige politici verwijzen naar mensen “die echt ziek zijn” of geneesmiddelen “echt nodig hebben” versus “verspillers”, namelijk mensen die goedkope geneesmiddelen nemen. De gewone medicijnen kosten ons echter niet zo veel. Het zijn vooral bepaalde kankergeneesmiddelen, in het bijzonder de cytostatica en de immunosuppressiva, die een grote hap uit het gezondheidszorgbudget nemen, namelijk 3,1 miljard euro. Dat toont een studie die in de krant *De Tijd* verscheen aan. Die kankergeneesmiddelen zijn bestemd voor een relatief kleine groep patiënten die in de ziekenhuizen worden behandeld. Medicijnen bestemd voor preventie van hart- en vaatziekten en medicijnen van de categorie “maag en metabolisme” kosten de overheid veel minder, namelijk iets meer dan een half miljard euro. De stijging van het gezondheidszorgbudget gebeurt dus in de ziekenhuizen, niet in de open officina. Tegelijk doet de regering alsof de “overconsumptie” van geneesmiddelen gebeurt bij de patiënten, terwijl een groot deel van de middelen worden

aux obligations quantitatives et qualitatives. Mais les sanctionner lorsque les personnes ne trouvent pas d'emploi ne reflète en rien leur performance réelle. Cela ne mesure que les limites structurelles du marché du travail, qu'elles ne contrôlent pas. Le groupe PS sera très attentif sur ce point.

Mme Natalie Eggermont (PVDA-PTB) évoque les économies qui toucheront les officines hospitalières, en conséquence desquelles les recettes des hôpitaux diminueront. Comme le démontre l'étude MAHA récemment réalisée par Belfius, les hôpitaux connaissent déjà des difficultés financières. Près d'un hôpital sur deux est dans le rouge. Cette situation s'explique par des années de sous-investissement de la part des pouvoirs publics. En 2026, les hôpitaux devront réaliser des économies et, en outre, supporter eux-mêmes une part plus importante des coûts des médicaments. Ils devront donc faire face à des risques élevés, car les produits pharmaceutiques constituent une source importante de revenus pour eux.

L'intervenante aborde la section relative au Programme d'accès rapide. Le groupe PVDA-PTB reconnaît l'importance de l'innovation et estime essentiel que les patients aient accès à des médicaments innovants. Il n'est toutefois pas correct d'opposer des groupes de patients entre eux, à savoir les personnes qui ont besoin de médicaments coûteux et celles qui prennent des médicaments bon marché. La coalition Arizona donne aujourd'hui l'impression que les personnes qui prennent des médicaments bon marché épuiseront le budget de la santé, de sorte qu'il ne resterait plus d'argent pour les patients qui ont besoin de médicaments coûteux. Certains responsables politiques parlent de personnes qui sont “vraiment malades” ou ont “vraiment besoin” de médicaments, qu'ils opposent aux “gaspilleurs”, à savoir les personnes qui prennent des médicaments bon marché. Or, le coût des médicaments courants n'est pas tellement élevé. Ce sont surtout certains médicaments contre le cancer, en particulier les cytostatiques et les immunosuppresseurs, qui absorbent une part importante du budget des soins de santé, à savoir 3,1 milliards d'euros. C'est ce qu'a montré une étude parue dans le quotidien *De Tijd*. Ces médicaments contre le cancer sont destinés à un groupe relativement restreint de patients traités en milieu hospitalier. Les médicaments destinés à la prévention des maladies cardiovasculaires et les médicaments de la catégorie “estomac et métabolisme” coûtent beaucoup moins cher à l'État, soit un peu plus d'un demi-milliard d'euros. L'augmentation du budget des soins de santé se produit donc dans les hôpitaux, et non dans les officines ouvertes au public. Dans le

besteed aan kankertherapieën waarvan de effectiviteit niet altijd bewezen is.

Het is goed dat er ook dit jaar heffingen op de omzet en op de marketing worden gevraagd van de farmaceutische bedrijven. De spreekster stelt echter vast dat het percentage dat op het omzetcijfer wordt geheven tamelijk laag is. Toen die heffing in 2006 werd ingevoerd, bedroeg ze 9,73 %. Sinds 2010 bedraagt het percentage echter nog maar 6,73 %. De PVDA-PTB-fractie tracht al jaren om dat percentage terug te brengen naar 9,73 % en zal dat blijven doen.

Het wetsvoorstel zet in op een responsabilisering van de verzekeringsinstellingen. Het bedrag voor de integratie van de kleine risico's wordt geschrapt en het variabele gedeelte van de administratiekosten zal aan het einde van de legislatuur 30 % van de totale administratiekosten bedragen, in plaats van 20 %. Volgens de spreekster wil de Arizonacoalitie de maatschappelijke rol van het middenveld inperken. Bij de ziekenfondsen zal dat gebeuren door hun financiering voorwaardelijker te maken en ze te laten afhangen van het behalen van een aantal doelstellingen. Dit zal tot gevolg hebben dat de ziekenfondsen hun rol van waakhond minder zullen kunnen spelen. Ze zullen minder geneigd zijn om voorstellen te doen die tegen de plannen van de regering zouden kunnen ingaan, zoals het eerlijke prijzenmodel van het ziekenfonds Solidaris.

De budgettaire maatregelen van het wetsvoorstel kaderen in het plan van de minister om 800 miljoen euro te besparen. Die besparingen zullen voor een groot deel op de schouders van de patiënten belanden. De minister verkoopt dit als een plan om tot "doelmatige zorg" te komen en "overconsumptie aan te pakken".

Zoals de spreekster reeds heeft aangetoond, is de stijging van het geneesmiddelenbudget niet te wijten aan een overconsumptie van gewone, alledaagse, geneesmiddelen. De stijging wordt veroorzaakt door het gebruik van nieuwe, dure medicatie.

Als we kijken naar de cholesterolverlagers, zien we dat daar hetzelfde probleem speelt. Er zijn vandaag nieuwe cholesterolverlagers op de markt, zoals ezetimibe en bempedoïnezuur, die veel duurder zijn dan de oude statines, namelijk maar liefst 43 keer duurder. Het budget voor cholesterolverlagers stijgt, maar dat is niet te wijten aan een toename van het aantal gebruikers. Het probleem is dat voorschrijvers zeer sterk aangezet worden om duurdere medicatie voor te schrijven.

même temps, le gouvernement agit comme si la "surconsommation" de médicaments était le fait des patients, alors qu'une grande partie des moyens est consacrée aux thérapies anticancéreuses dont l'efficacité n'est pas toujours démontrée.

L'intervenante se félicite qu'il soit prévu que, cette année encore, des cotisations sur le chiffre d'affaires et sur le marketing devront être versées par les entreprises pharmaceutiques. Elle constate toutefois que le pourcentage prélevé sur le chiffre d'affaires est relativement bas. Lorsque ce système a été instauré en 2006, le pourcentage s'élevait à 9,73 %. Depuis 2010, il n'est plus que de 6,73 %. Le groupe PVDA-PTB tente depuis plusieurs années de ramener ce pourcentage à 9,73 % et il continuera à le faire.

La proposition de loi mise sur la responsabilisation des organismes assureurs. Le montant pour l'intégration des petits risques est supprimé et la partie variable de leurs frais d'administration représentera, à la fin de la législature, 30 % des frais d'administration totaux, au lieu de 20 %. Selon l'intervenante, la coalition Arizona entend restreindre le rôle social de la société civile. Pour les mutualités, cette mesure se traduira par un financement qui sera soumis à davantage de conditions et dépendra de la réalisation de certains objectifs. En conséquence, les mutualités pourront moins s'atteler à défendre certains intérêts. Elles seront moins enclines à formuler des propositions qui pourraient aller à l'encontre des plans du gouvernement, telles que le modèle de prix juste de la mutualité Solidaris.

Les mesures budgétaires de la proposition de loi s'inscrivent dans le plan du ministre visant à économiser 800 millions d'euros. Ces économies pèseront en grande partie sur les épaules des patients. Le ministre présente ce plan comme un moyen de parvenir à des "soins efficaces" et de "lutter contre la surconsommation".

Comme l'intervenante l'a déjà démontré, l'augmentation du budget des médicaments n'est pas due à une surconsommation de médicaments ordinaires et courants. Elle est causée par l'utilisation de nouveaux médicaments coûteux.

Force est de constater qu'un problème similaire se pose pour les anticholestérolémiantes. De nouveaux médicaments de ce type sont à présent disponibles sur le marché, tels que l'ézetimibe et l'acide bempédoïque, mais ceux-ci sont beaucoup plus chers que les anciennes statines: ils sont 43 fois plus onéreux. Le budget consacré aux anticholestérolémiantes connaît une augmentation, mais celle-ci n'est pas due à une hausse du nombre d'utilisateurs. Le problème est que

Een van de nieuwe cholesterolverlagers, Leqvio, wordt geproduceerd door Novartis, een zeer winstgevend farmaceutisch bedrijf. Leqvio valt onder de artikel 81-contracten, de zogenaamde geheime contracten, waardoor er geen democratische controle kan zijn op de prijs van het geneesmiddel.

Het grote probleem van het geneesmiddelenbudget is bijgevolg de prijszetting door de farmaceutische industrie, de zogenaamde *value-based pricing*. De prijs van een geneesmiddel wordt daardoor de prijs die de maatschappij bereid is te betalen. Die prijs staat volledig los van de werkelijke kosten van ontwikkeling en onderzoek. Er is een groot gebrek aan transparantie over de prijsstructuur van geneesmiddelen. De farmaceutische industrie heeft de afgelopen decennia een aanzienlijke machtspositie ingenomen tegenover de consument en tegenover de overheden, waardoor die laatsten niet anders kunnen dan de door de farmasector gevraagde prijs te betalen.

Door het gebrek aan transparantie kunnen landen hun geneesmiddelenprijzen ook niet met elkaar vergelijken, waardoor de landen uit elkaar worden gespeeld. De spreker verwijst in dit kader naar een aantal studies over het geneesmiddel Kaftrio en over dure kankergeneesmiddelen, die aantonen hoe hallucinant de prijszetting door de farmaceutische industrie kan zijn.

Het systeem van de geheime contracten was oorspronkelijk ingevoerd als een uitzonderingssysteem, maar vandaag zijn die contracten schering en inslag. In 2022 namen die contracten bijvoorbeeld de helft van het geneesmiddelenbudget in, zijnde 2,8 miljard euro. De spreker heeft de minister van Volksgezondheid ondervraagd om precieze cijfers rond de geheime contracten te verkrijgen. Zij krijgt echter geen antwoord van de minister. De spreker merkt op dat ook het KCE reeds in 2017 stelde dat het vooral de farmaceutische industrie is die beter wordt van de geheime contracten.

Vanuit het middenveld is er reeds een oplossing voor de stijgende prijs van geneesmiddelen aangereikt. Het gaat om het eerlijke prijzenmodel van Solidaris. Door dit model toe te passen, zou er 1 miljard euro kunnen worden bespaard.

Om de zogenaamde overconsumptie aan te pakken, zal de minister bepaalde geneesmiddelen duurder maken. De spreker is ervan overtuigd dat dit niet het gewenste effect zal opleveren. Voormalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block verhoogde in 2017 de prijs van antibiotica. Die maatregel had nauwelijks invloed op de consumptie.

les prescripteurs sont fortement incités à prescrire des médicaments plus coûteux. L'un des nouveaux anticholestérolémiants, le Leqvio, est produit par Novartis, une entreprise pharmaceutique qui réalise des bénéfices plantureux. Le Leqvio relève des "contrats article 81", dits "secrets", et aucun contrôle démocratique sur le prix de ce médicament n'est donc possible.

La principale difficulté que pose le budget des médicaments est dès lors la fixation des prix par l'industrie pharmaceutique (*value-based pricing*). Le prix d'un médicament devient ainsi le prix que la société est disposée à payer. Ce prix est totalement déconnecté des coûts réels de développement et de recherche. Il y a un grand manque de transparence sur la structure du prix des médicaments. L'industrie pharmaceutique a acquis ces dernières décennies une position de force considérable vis-à-vis du consommateur et des pouvoirs publics, de sorte que ces derniers se retrouvent forcés de payer le prix exigé par le secteur pharmaceutique.

En raison de ce manque de transparence, les pays ne peuvent pas comparer entre eux les prix des médicaments et ne peuvent donc pas agir de concert. L'intervenante renvoie dans ce cadre à plusieurs études consacrées au médicament Kaftrio et à certains médicaments anticancéreux coûteux, qui démontrent à quel point la fixation des prix par l'industrie pharmaceutique peut se révéler hallucinante.

Le système des contrats secrets avait été instauré à l'origine comme un régime d'exception, mais aujourd'hui, ils sont devenus monnaie courante. En 2022, ces contrats représentaient par exemple la moitié du budget des médicaments, soit 2,8 milliards d'euros. L'intervenante a interrogé le ministre de la Santé publique pour obtenir des chiffres précis sur les contrats secrets. Elle n'a cependant reçu aucune réponse du ministre. L'intervenante relève que le KCE avait déjà indiqué en 2017 que ce sont surtout les entreprises pharmaceutiques qui tirent profit des contrats secrets.

Du côté de la société civile, une solution a déjà été proposée pour la hausse des prix des médicaments. Il s'agit du modèle de prix juste de Solidaris. En appliquant ce modèle, on pourrait économiser un milliard d'euros.

Pour lutter contre la prétendue surconsommation, le ministre rendra certains médicaments plus chers. L'intervenante est convaincue que cette mesure n'aura pas l'effet escompté. En 2017, la ministre de la Santé publique de l'époque, Maggie De Block, avait augmenté le prix des antibiotiques. Cette mesure n'a eu que très peu d'influence sur la consommation.

Om het concreet te maken, geeft de spreker aan dat de prijs van een doosje cholesterolpillen van zes naar twaalf euro zal gaan en de prijs van een doosje maagzuurremmers van vier naar vijftien euro. En dat terwijl de out-of-pocket voor de patiënt in België vandaag al heel hoog is. In België betalen we veel van de zorg uit eigen zak, dubbel zoveel als in de buurlanden. 22 procent van de kosten wordt rechtstreeks doorgerekend aan de patiënt. Het is onrechtvaardig om nu nog meer prijsverhogingen door te voeren. Bovendien zullen die prijsverhogingen waarschijnlijk leiden tot meer zorguitstel.

Het klopt overigens ook niet dat alle zwakkere patiënten beschermd zullen zijn door de maximumfactuur. Er zijn heel wat mensen uit de werkende klasse voor wie de prijsstijgingen een bittere pil zullen zijn.

Voorts gaat mevrouw Eggermont in op de medische aspecten van het dossier van de cholesterolverlagers. De cholesterolmedicatie wordt nu verschoven van categorie B “therapeutische medicatie” naar categorie C “symptomatische medicatie die het comfort verhogen”. Er wordt verwezen naar ondoelmatig gebruik van cholesterolverlagers. Daarbij wordt er ook verwezen naar de studie van het KCE. De conclusie van die studie is echter dat veel personen de cholesterolverlagers niet correct gebruiken of het gebruik stopzetten. Dat is niet hetzelfde als ondoelmatig gebruik. Op welke cijfers en op welke studies baseert de minister zich dus om te spreken van ondoelmatig gebruik of overconsumptie en om prijsverhogingen door te voeren? Ook de cardiologenverenigingen kaarten de verkeerde interpretatie van de KCE-studies aan. Wat de KCE-studie eigenlijk vraagt, is dat er aan *shared decision making* wordt gedaan en dat artsen samen met patiënten goed de voor- en nadelen van het gebruik van cholesterolverlagers afwegen, alvorens deze geneesmiddelen voor te schrijven.

Het KCE heeft naar aanleiding van de eerder genoemde studie een tool voor *shared decision making* ontwikkeld, maar die tool was gebaseerd op de score 1-tabellen. Ondertussen wordt er echter gewerkt met nieuwe richtlijnen en houden artsen voornamelijk rekening met de score 2-tabellen. De artsen gebruiken de tool van het KCE bijgevolg niet.

Het klopt dus niet dat er te veel ondoelmatig gebruik van cholesterolverlagers zou zijn. De spreker verwijst naar de brief van de Belgische cardiologen aan de minister van Volksgezondheid, waarin het belang van

Pour rendre ses propos concrets, l'intervenante indique que le prix d'une boîte de comprimés contre le cholestérol passera de six à douze euros et que le prix d'une boîte d'inhibiteurs de l'acidité gastrique passera de quatre à quinze euros. Et ce alors que la contribution personnelle du patient est déjà très élevée aujourd'hui dans notre pays. En Belgique, nous payons une grande partie des soins de notre poche: deux fois plus que dans les pays voisins. 22 % des coûts sont directement répercutés sur le patient. Il n'est pas équitable d'imposer encore davantage de hausses de prix. De plus, ces augmentations conduiront probablement à un surcroît de reports de soins.

Il n'est d'ailleurs pas exact d'affirmer que tous les patients vulnérables seront protégés par le maximum à facturer. De nombreuses personnes issues de la catégorie des travailleurs subiront ces hausses de prix de plein fouet.

Mme Eggermont aborde ensuite les aspects médicaux du dossier des anticholestérolémiantes. Les médicaments contre le cholestérol vont être déplacés de la catégorie B, “spécialités pharmaceutiques importantes sur le plan thérapeutique”, vers la catégorie C, celle des “médicaments destinés au traitement symptomatique”, qui visent à améliorer le confort du patient. On évoque un usage irrationnel des anticholestérolémiantes. Il est également fait référence à l'étude du KCE. La conclusion de cette étude est toutefois que de nombreuses personnes n'utilisent pas correctement les anticholestérolémiantes ou interrompent leur utilisation. Il ne s'agit donc pas d'un usage irrationnel. Sur quels chiffres et sur quelles études le ministre se fonde-t-il donc pour invoquer un usage irrationnel ou une surconsommation et pour imposer des hausses de prix? Les associations de cardiologues dénoncent elles aussi la mauvaise interprétation des études du KCE. L'étude du KCE recommande en réalité une prise de décision commune (*shared decision making*) et une évaluation conjointe, par les médecins et les patients, des avantages et des inconvénients inhérents à l'usage de ces médicaments avant qu'ils soient prescrits.

À la suite de l'étude précitée, le KCE a développé un outil de *shared decision making*, mais cet outil était basé sur les tableaux de score 1. Entre-temps, de nouvelles lignes directrices sont utilisées et les médecins tiennent principalement compte des tableaux de score 2. Ils n'utilisent donc pas l'outil du KCE.

Il est dès lors incorrect d'affirmer que l'utilisation irrationnelle des anticholestérolémiantes serait exagérément répandue. L'intervenante renvoie à la lettre que les cardiologues belges ont adressée au ministre de la

statines voor het voorkomen van hart- en vaatziekten wordt beklemtoond.

De spreekster benadrukt daarnaast dat het gebruik van statines kostenbesparend is. Bovendien tonen studies duidelijk aan dat negatieve berichtgeving over statines leidt tot minder therapietrouw, wat dan weer leidt tot meer hartinfarcten.

De spreekster zou graag hebben dat er hoorzittingen met de cardiologen, met de armoedeorganisaties en met Mensura worden georganiseerd in de commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen. Laatstgenoemde organisatie publiceerde recent een studie die aantoont dat het risico op hartaanvallen en beroertes vandaag toeneemt bij 40-plussers. Ook opmerkelijk is dat het risico sterk toeneemt bij werknemers die werken in sectoren met veel lucht- en geluidsvervuiling, zoals de bouw, de logistiek en de metaalindustrie, waar werknemers vaak ook onregelmatige uren hebben. Dat alles zorgt voor stress, wat dan weer leidt tot een hoge bloeddruk. De Arizonaregering laat die personen bovendien in de kou door maatregelen voor werkbaar werk te schrappen.

De heer Jean-François Gatelier (Les Engagés) stelt dat de voorgenomen maatregelen verspilling tegengaan, ze beogen ook meer efficiëntie in de gezondheidsuitgaven. Er wordt ook een kleine inspanning van de patiënt gevraagd. De maatregelen zijn nodig om de houdbaarheid van het gezondheidssysteem te vrijwaren. De uitgaven voor geneesmiddelen nemen elk jaar toe met 7 tot 8 %. De regering heeft het voornemen een structurele hervorming door te voeren zodat het geneesmiddelenbudget lineaire verhoogt en gelijke tred houdt met de inflatie en de groeinorm.

Om de stijgende uitgaven voor geneesmiddelen te dekken is een groeinorm van 5 % nodig. Dit is onmogelijk.

Er wordt ook gewerkt om de toegang tot innovatieve behandelingen te garanderen en dit in overleg met de farmaceutische sector. De confidentiële overeenkomsten tussen de sector en de regering zijn voordelig voor ons gezondheidssysteem.

De spreker wijst op de nieuwe realiteit, er zijn nog nooit zoveel nieuwe geneesmiddelen op de markt gekomen. Vele van deze nieuwe behandelingen zijn doeltreffend. En vele van deze behandelingen zijn op maat van de patiënt. Deze innovaties zijn buitengewoon effectief, soms

Santé publique, qui souligne l'importance des statines pour la prévention des maladies cardiovasculaires.

L'intervenante fait par ailleurs observer que l'usage des statines permet de réaliser des économies. De plus, les études montrent clairement que la diffusion d'informations négatives sur les statines entraîne une moindre observance thérapeutique, qui conduit elle-même à davantage d'infarctus.

L'intervenante souhaiterait que les cardiologues, les organisations de lutte contre la pauvreté et Mensura soient conviées à des auditions en commission de la Santé et de l'Égalité des chances. Mensura a récemment publié une étude démontrant que le risque d'infarctus et d'insuffisance cérébrovasculaire augmente aujourd'hui chez les personnes de plus de 40 ans. Il est également frappant de constater que ce risque augmente fortement chez les travailleurs des secteurs caractérisés par une forte pollution atmosphérique et sonore, tels que la construction, la logistique et l'industrie métallurgique, où les travailleurs ont souvent aussi des horaires irréguliers. Ces divers facteurs sont source de stress, qui entraîne lui-même une hypertension artérielle. De plus, le gouvernement Arizona abandonne ces personnes à leur triste sort en supprimant certaines mesures en matière de faisabilité du travail.

M. Jean-François Gatelier (Les Engagés) déclare que les mesures envisagées visent à lutter contre le gaspillage et à améliorer l'efficacité des dépenses de santé. Une petite contribution est également demandée au patient. Ces mesures sont nécessaires pour garantir la viabilité du système de santé. Les dépenses en médicaments augmentent chaque année de 7 à 8 %. Le gouvernement a l'intention de mener une réforme structurelle afin que le budget des médicaments augmente de manière linéaire et suive l'inflation ainsi que la norme de croissance.

Une norme de croissance de 5 % serait nécessaire pour couvrir l'augmentation des dépenses en médicaments. Cet objectif est impossible à atteindre.

L'accès aux traitements innovants fait aussi l'objet d'un travail concerté avec le secteur pharmaceutique. Les accords secrets entre le secteur et le gouvernement sont avantageux pour notre système de santé.

L'intervenant souligne une nouvelle réalité: jamais autant de nouveaux médicaments n'ont été mis sur le marché. Une grande partie de ces nouveaux traitements sont efficaces, et nombre d'entre eux sont personnalisés. Ces innovations sont extrêmement performantes: certaines

redden ze levens, soms verlengen ze de levensduur van de patiënt voor kwalen die voorheen fataal waren.

Het gezondheidssysteem kan deze levensreddende behandelingen natuurlijk niet financieren indien we alle oude, gangbare geneesmiddelen aan lage prijzen blijven verkopen en die ook eindeloos blijven terugbetalen. Het doel van deze hervorming is dus heel duidelijk: er moet budgettaire ruimte geschapen worden voor deze noodzakelijke behandelingen, de terugbetaling ervan moet versneld worden maar men mag daarbij het evenwicht van het gezondheidszorgbudget niet uit het oog verliezen.

Het minimale remgeld komt op één euro voor de rechthebbers met verhoogde tegemoetkoming en op twee euro voor de andere patiënten. Deze bijdrage zal 26 miljoen euro opleveren. Deze opbrengst gaat integraal naar de financiering van innovatieve behandelingen maar ook naar het *early fast access*-programma, waarvan het budget wordt verhoogd van 11,5 naar 25 miljoen euro. De wachttijd voor de terugbetaling wordt verkort. Tijdens deze wachttijd betalen de patiënten immers zelf voor hun behandeling en die kost kan oplopen van 5000 tot 100.000 euro per jaar.

Daarnaast wordt er 42 miljoen euro bespaard via ziekenhuisfacturering (zonder gevolgen voor de patiënt) en 54 miljoen op maagzuurremmers, statines en zetimiden. Daarbij komen ook nog de bijdragen op de omzet en marketing van de farmaceutische industrie. Er wordt een inspanning gevraagd van de patiënten, de farmaceutische industrie, de ziekenhuizen en de voorschrijvers.

De heer Gatelier verwijst naar een aantal geneesmiddelen waarvoor de prijs uitermate laag is. Generieke statines kosten 2 tot 3 euro per maand. Maagzuurremmers kosten 1 tot 2 euro per maand. De prijs geeft de therapeutische waarde van de geneesmiddelen niet weer terwijl de behandelingen nuttig zijn en betrekking hebben op een groot aantal patiënten met ernstige aandoeningen, zoals hypertensie, diabetes en hartfalen. Het is onaanvaardbaar dat levensreddende behandelingen minder kosten dan een kop koffie.

De therapietrouw neemt af wanneer het geneesmiddel als waardeloos wordt beschouwd. Dit geeft dan weer aanleiding tot verspilling. Onlangs overleed een dame nadat ze Ozempic via een internethandelaar verkreeg. Een doos Ozempic kost 100 euro. Voor sommige patiënten is het geen probleem om 100 euro uit te geven om af te vallen. De spreker wijst erop dat behandelingen voor bloeddruk en diabetes minder dan één euro kosten.

Ook voor niet-conventionele praktijken betalen mensen grof geld. Sommige rechthebbenden op een verhoogde

sauvent des vies, d'autres prolongent la durée de vie de patients atteints d'affections auparavant mortelles.

Le système de santé n'est évidemment pas en mesure de financer ces traitements vitaux si tous les anciens médicaments d'usage courant continuent d'être vendus à bas prix et remboursés indéfiniment. L'objectif de cette réforme est donc parfaitement clair: il s'agit de libérer les moyens budgétaires nécessaires pour ces traitements indispensables et d'en accélérer le remboursement, tout en veillant à maintenir l'équilibre du budget des soins de santé.

Le ticket modérateur minimum sera fixé à un euro pour les bénéficiaires de l'intervention majorée et à deux euros pour les autres patients. Cette cotisation rapportera 26 millions d'euros, intégralement destinés au financement des traitements innovants ainsi qu'au Programme d'accès rapide et précoce (*early fast access*), dont le budget augmentera de 11,5 à 25 millions d'euros. Cette mesure permettra de réduire le délai d'attente, durant lequel les patients doivent financer eux-mêmes leur traitement, pour un coût pouvant atteindre entre 5000 et 100.000 euros par an.

En outre, 42 millions d'euros seront économisés grâce à la facturation hospitalière (sans impact pour le patient) et 54 millions sur les antiacides, les statines et l'ézétimibe, auxquels s'ajoutent les cotisations sur le chiffre d'affaires et le marketing de l'industrie pharmaceutique. Un effort est demandé aux patients, à l'industrie, aux hôpitaux et aux prescripteurs.

Ensuite, M. Gatelier fait référence à un certain nombre de médicaments dont le prix est particulièrement bas. Les statines génériques coûtent 2 à 3 euros par mois et les antiacides 1 à 2 euros par mois. Ces prix ne reflètent absolument pas la valeur thérapeutique, de ces traitements, qui sont pourtant essentiels pour de nombreux patients atteints de maladies graves comme l'hypertension, le diabète ou l'insuffisance cardiaque. Il est inacceptable que des traitements vitaux coûtent moins cher qu'une tasse de café.

L'observance thérapeutique diminue lorsque le médicament est perçu comme inutile, ce qui entraîne du gaspillage. Récemment, une femme est décédée après avoir obtenu de l'Ozempic via une boutique en ligne. Une boîte d'Ozempic coûte 100 euros. Certains patients sont tout à fait prêts à dépenser cette somme pour perdre du poids. L'intervenant rappelle que les traitements contre l'hypertension et le diabète coûtent moins d'un euro.

Les patients dépensent également beaucoup d'argent pour des pratiques non conventionnelles. Certains

tegemoetkoming, die bij een geconventioneerde gynaecoloog drie euro voor een consultatie betalen, gaan naar een niet-geconventioneerde gynaecoloog en betalen daar 70 euro. De spreker verwijst verder naar dure esthetische ingrepen en haartransplantaties. Er treedt een zekere normvervaging op bij de uitgaven voor gezondheidszorg. Het is onbegrijpelijk waarom men dan niet één of twee euro meer zou betalen voor geneesmiddelen waarvan de werking wetenschappelijk bewezen is.

De heer Gatelier wijst erop dat België in de top 5 staat van de grootse gebruikers van maagzuurremmers. Er is dus wel degelijk sprake van overconsumptie en er wordt teveel voorgeschreven. De behandeling is goedkoop. De spreker merkt op dat maagzuurremmers op lange termijn veel bijwerkingen hebben. Ze hebben dus ook een impact op de kosten van de gezondheidszorg. Er loopt trouwens een studie om te kijken of maagzuurremmers ook een rol spelen bij het ontstaan van ouderdomsdementie.

Voor een patiënt bedraagt de prijs van statines op jaarbasis ongeveer 20 euro. De prijs ervan is laag en de bescherming tegen cardiovasculaire aandoeningen is hoog. Maar uit sommige studies van het RIZIV blijkt dat patiënten deze behandeling in de primaire preventie inderdaad niet goed volgen, omdat ze niet duur is. Er is dus echt een probleem met de therapietrouw en dus met verspilling. De spreker denkt dat wanneer een doos geneesmiddelen 100 euro kost, de therapietrouw groter is dan wanneer diezelfde doos maar twee euro kost. De spreker is voor betaalbare prijzen maar hij wenst verspilling en overconsumptie in te dammen. Door de prijs per doos te verhogen, wordt de toegang tot deze behandelingen niet beperkt. Een prijsverhoging tot vijf of zes euro per doos blijft betaalbaar voor de hele bevolking.

De heer Gatelier herhaalt dat de besparingen een snellere toegang tot innovatieve behandelingen mogelijk zullen maken. Daarnaast zal ook de terugbetaling verbeteren.

De spreker verwijst naar een patiënte die al een hartinfarct heeft gehad, diabetes heeft en helemaal niet reageert op klassieke statines. Zij volgt nu een nieuwe behandeling waarvoor ze twee keer per maand een injectie krijgt om haar cholesterolgehalte op het door de cardiologen gewenste niveau te houden. Elke injectie kost 1250 euro en wordt volledig terugbetaald door het RIZIV. Deze patiënte betaalt dus niets. Op jaarbasis komt dit neer op een bedrag van 30.000 euro dat terugbetaald wordt. Voor de spreker illustreert dit zijn punt, de solidariteitsbijdrage en de verhoging van de prijs met enkele euro maakt het mogelijk ook de patiënten met een zeldzame aandoening te beschermen. Het gaat om

béneficiaries de l'intervention majorée, qui paieraient 3 euros pour une consultation chez un gynécologue conventionné, consultent un gynécologue non conventionné et doivent alors déboursier 70 euros. Le membre évoque aussi les interventions esthétiques et les greffes capillaires coûteuses. On constate une certaine perte de repères dans les dépenses de santé. Il est incompréhensible de ne pas accepter de payer un ou deux euros de plus pour des médicaments dont l'efficacité est scientifiquement prouvée.

M. Gatelier souligne que la Belgique se classe parmi les cinq plus grands consommateurs d'antiacides. Il existe donc clairement un problème de surconsommation et de surprescription. Si le traitement est peu coûteux, l'intervenant rappelle que les antiacides entraînent de nombreux effets secondaires à long terme, ce qui impacte également les coûts des soins de santé. Une étude est en cours pour déterminer si ces médicaments jouent un rôle dans le développement de la démence sénile.

Le prix des statines pour un patient s'élève à environ 20 euros par an. Ce coût est faible alors que l'efficacité du traitement contre les maladies cardiovasculaires est élevée. Toutefois, certaines études de l'INAMI montrent que les patients ne le suivent pas correctement en prévention primaire, justement parce qu'il est peu coûteux. Il existe donc un réel problème d'observance thérapeutique et, par conséquent, de gaspillage. L'intervenant estime que l'observance est meilleure lorsque le prix d'une boîte de médicaments coûte 100 euros plutôt que deux euros. Il plaide pour des prix abordables, mais souhaite endiguer le gaspillage et la surconsommation. Une augmentation du prix par boîte ne compromettra pas l'accès à ces traitements: une majoration tarifaire à cinq ou six euros par boîte reste abordable pour l'ensemble de la population.

M. Gatelier rappelle que les économies permettront un accès plus rapide aux traitements innovants. Le remboursement sera, lui aussi, amélioré.

L'intervenant fait référence à une patiente ayant déjà subi un infarctus, souffrant de diabète et ne répondant pas aux statines classiques. Elle suit actuellement un nouveau traitement dans le cadre duquel elle reçoit deux injections par mois afin de maintenir son taux de cholestérol au niveau souhaité par les cardiologues. Chaque injection coûte 1250 euros et est entièrement remboursée par l'INAMI, de sorte que la patiente ne paie rien. Sur une année, le montant total remboursé s'élève à 30.000 euros. L'intervenant considère que cet exemple illustre bien son propos: la cotisation de solidarité et l'augmentation du prix de quelques euros permettraient également de protéger les patients atteints d'une maladie

patiënten die zonder deze behandelingen snel een fatale hartaanval of een beroerte zouden krijgen.

Bij de behandeling van vetten nemen veel patiënten hun toevlucht tot geneesmiddelen op basis van kruiden. Het is een wetenschappelijke evidentie dat deze geneesmiddelen weinig effectief zijn. De verpakkingen kosten echter tussen 30 en 40 euro en ze worden goed verkocht. De spreker verdedigt de keuzevrijheid van de patiënt. Het Parlement echter moet als beleidsmaker prioriteiten stellen op het gebied van behandelingen en uitgaven in de gezondheidszorg. De maatschappij hoeft immers niet op te draaien voor de persoonlijke keuzes van patiënten.

Zoals gezegd, een te lage prijs verhoogt de overconsumptie, vermindert de therapietrouw en leidt tot verspilling op grote schaal. De spreker verwijst naar de dame die meervoudige medicatie neemt en door de prijsverhogingen niet meer in staat zou zijn om al haar behandelingen te betalen. De heer Gatelier wijst erop dat er ook patiënten zijn die geen enkel probleem hebben duurdere geneesmiddelen te kopen die soms niet worden terugbetaald en deze verkiezen boven generieke geneesmiddelen.

De heer Gatelier benadrukt dat de voorgenomen hervorming evenwichtig is. Er komt een verhoging van het maximumbedrag dat in rekening kan worden gebracht, waarbij voortaan rekening wordt gehouden met alle geneesmiddelen die worden vergoed. Er komt een betere bescherming van psychiatrische patiënten door de afschaffing van de 365-dagen beperking. En de voorbehoedsmiddelen en anti-allergie middelen vallen ook onder de maximumfactuur.

De spreker komt tot zijn besluit.

De toegankelijkheid van zorg wordt niet louter bepaald door de prijs van een doosje geneesmiddelen. Het behelst ook toegang tot gemotiveerde, goed opgeleide, beschikbare en vooral correct gewaardeerde zorgverleners. En dat moet de prioriteit zijn. Het is nodig het gezondheidssysteem te moderniseren om het efficiënter te maken. Aldus kan er blijvend geïnvesteerd worden in zorgverleners, in preventie en in levensreddende geneesmiddelen.

De heer Gatelier stelt dat gratis niet bestaat. Alles moet betaald worden. Dus levert de burger in bepaalde situaties een inspanning om solidair te zijn met zijn minder fortuinlijke medemens met gezondheidsproblemen, of de burger neemt een kleine financiële inspanning op zich.

rare. Sans ces traitements, ceux-ci seraient rapidement exposés à une crise cardiaque fatale ou à un accident vasculaire cérébral.

Dans le cadre du traitement des troubles lipidiques, de nombreux patients se tournent vers des médicaments à base de plantes. Il est scientifiquement établi que ces produits ont une efficacité limitée. Pourtant, les boîtes coûtent entre 30 et 40 euros et continuent de bien se vendre. L'intervenant défend le libre choix du patient, tout en soulignant que le Parlement, en sa qualité de décideur politique, doit établir des priorités concernant les traitements et les dépenses de santé. La société n'a pas à supporter les choix personnels des patients.

Comme indiqué précédemment, un prix trop bas favorise la surconsommation, diminue l'observance thérapeutique et entraîne un gaspillage à grande échelle. L'intervenant cite le cas d'une patiente sous traitement multiple, qui ne pourrait plus assumer le coût de tous ses médicaments en cas d'augmentation des prix. M. Gatelier rappelle également que certains patients n'ont aucune difficulté à acheter des médicaments plus onéreux, parfois non remboursés, qu'ils privilégient par rapport aux génériques.

M. Gatelier insiste sur le fait que la réforme envisagée est équilibrée. Le montant maximum pouvant être porté en compte sera relevé, en tenant compte désormais de l'ensemble des médicaments remboursés. Les patients psychiatriques bénéficieront d'une meilleure protection grâce à la suppression de la limite des 365 jours. Par ailleurs, les contraceptifs et les médicaments antiallergiques seront également inclus dans le maximum à facturer.

L'intervenant arrive à sa conclusion.

L'accessibilité des soins ne se mesure pas uniquement au prix d'une boîte de médicaments. Elle implique également l'accès à des prestataires de soins motivés, bien formés, disponibles et surtout correctement valorisés. Telle doit être la priorité. Il est nécessaire de moderniser le système de santé afin de le rendre plus efficace. De cette manière, il sera possible d'investir durablement dans les prestataires de soins, la prévention et les médicaments vitaux.

M. Gatelier souligne que rien n'est gratuit. Tout doit être payé à un moment donné. Soit le citoyen doit faire un effort dans certaines situations afin de se montrer solidaire vis-à-vis d'autres personnes qui ont moins de chance et souffrent de problèmes de santé, soit il fournit un léger effort sur le plan financier.

De spreker betreurt dat er niet genoeg geïnvesteerd wordt in preventie in de gezondheidszorg. Het is weinig samenhangend de prijs van medicijnen te verhogen terwijl niets gedaan wordt om obesitas tegen te gaan of geen betere toegang te geven tot een diëtist. Wanneer mensen hun verbruik van maagzuurremmers en statines willen afbouwen, dan moeten ze ook begeleid worden om van deze behandelingen af te komen.

De spreker onderstreept dat een minimale prijsverhoging van statines er niet toe mag leiden dat mensen hun behandeling stoppen omdat ze hebben gehoord dat de prijs zou stijgen want dit zou zich vertalen in een toename van hart- en vaatziekten en dat is niet wat beoogd wordt. Een hartinfarct of een beroerte kost de sociale zekerheid gemiddeld 15.000 euro.

Statines zijn onmisbaar, patiënten die ondanks een verandering in hun levensstijl hun doelstellingen niet kunnen bereiken, moeten behandeld blijven. De spreker pleit ervoor om bij hart- en vaatziekten gerichte en gepersonaliseerde doseringen op lipideniveau gemakkelijker mogelijk te maken.

De heer Gatelier vraagt ook aandacht voor rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming. Het is nodig na te denken over dit statuut. De spreker verwijst naar zijn voorstel van resolutie betreffende de toekenning van de verhoogde tegemoetkoming aan mensen die het werkelijk nodig hebben (DOC 56 1175/001).

Het is noodzakelijk nieuwe criteria vast te stellen voor dit statuut zodat zowel de medische als de financiële kwetsbaarheid gemeten wordt. Het blijft onbegrijpelijk dat mensen die niet financieel kwetsbaar zijn toch onder dit statuut vallen. Maar het is ook niet normaal dat mensen die medisch zeer kwetsbaar zijn, niet eens tijdelijk van dit statuut kunnen genieten.

De spreker benadrukt dat de mutualiteiten een belangrijke speler in de gezondheidszorg blijven. Ze moeten zich wel richten op hun kerntaken. Ze mogen echter niet ten prooi vallen aan onderfinanciering. De voorgestelde maatregelen leiden tot meer responsabilisering van de mutualiteiten.

De mutualiteiten moeten hun rol kunnen blijven spelen in de gezondheidszorg en daarvoor moeten ze over de nodige middelen beschikken.

De spreker besluit met een opmerking over de ziekenhuizen. Het is van belang voorzichtig te zijn met de financiering van ziekenhuizen. Zij hebben de steun van

L'intervenant regrette que l'on n'investisse pas davantage dans la prévention en matière de soins de santé. Il n'est pas très cohérent d'augmenter le prix des médicaments sans veiller en parallèle à lutter contre l'obésité et à organiser un meilleur accès aux consultations diététiques. Si les patients veulent pouvoir se passer à terme de leur antiacide et de leurs statines, ils doivent être accompagnés dans cette perspective.

L'intervenant souligne qu'il faut éviter qu'une augmentation minime du prix des statines pousse les patients à arrêter leur traitement parce qu'ils ont entendu dire que le prix allait augmenter. En effet, cela risque de se traduire par une explosion des maladies cardiovasculaires, ce qui n'est pas l'objectif. Un infarctus ou un AVC coûte en moyenne 15.000 euros à notre sécurité sociale.

Les statines sont indispensables. Les patients qui ne parviennent pas à atteindre leurs objectifs malgré un changement de mode de vie doivent continuer à recevoir un traitement. L'intervenant souhaite que l'on facilite la mise en place de dosages ciblés et personnalisés au niveau lipidique pour les maladies cardiovasculaires.

M. Gatelier demande également qu'une attention accrue soit accordée au statut de bénéficiaire de l'intervention majorée. Il est important de mener une réflexion concernant ce statut. L'intervenant renvoie à sa proposition de résolution visant à assurer que l'intervention majorée soit octroyée à ceux qui en ont réellement besoin (DOC 56 1175/001).

Il est nécessaire de définir de nouveaux critères pour ce statut de façon à mesurer à la fois la vulnérabilité médicale et la vulnérabilité financière. Il est incompréhensible que des personnes qui ne se trouvent pas dans une situation de vulnérabilité financière soient couvertes par ce statut. Et il n'est pas normal non plus que des personnes très vulnérables sur le plan médical ne puissent pas bénéficier de ce statut ne fût-ce que temporairement.

L'intervenant souligne que les mutualités restent un acteur majeur des soins de santé. Elles doivent bien entendu prioriser leurs missions essentielles. Toutefois, elles ne peuvent pas faire l'objet d'un sous-financement. Les mesures proposées vont les responsabiliser davantage.

Les mutualités doivent continuer à jouer leur rôle dans les soins de santé et elles ont besoin des moyens nécessaires à cet effet.

L'intervenant conclut par une observation relative aux hôpitaux. Il est important de se montrer prudent concernant le financement des hôpitaux. Ceux-ci ont besoin

de regering nodig en ze moeten ook een prioriteit zijn in het gezondheidsbeleid.

Mevrouw Carmen Ramlot (Les Engagés) meent dat het wetsvoorstel een aantal noodzakelijke budgettaire maatregelen bevat. Er zijn drie hoofdlijnen, met name de financiering van innovatieve geneesmiddelen, de responsabilisering van actoren en de bescherming van de patiënten.

Het wetsvoorstel bevordert de snelle toegang tot innovatieve geneesmiddelen en dit in een systeem van gesloten enveloppe waardoor de uitgaven beheersbaar blijven. Dit vormt een stap naar meer rechtvaardigheid en therapeutische innovatie.

Dan zijn er de verschillende aanpassingen van begrotingsposten zoals de facturatie van 78 % voor bepaalde geneesmiddelen die in ziekenhuisapotheken worden verstrekt en de verlenging van de bijdragen op de omzet. De spreekster wijst eveneens op de bijdrage op de marketing van de farmaceutische sector en de besparingen op bepaalde therapeutische klassen. Deze maatregelen moeten gepaard gaan met een voortdurende dialoog met de voorschrijvers. Het is tevens nodig de patiënten hierover duidelijk te informeren.

Het wetsvoorstel beoogt tevens de patiënten financieel te beschermen. De spreekster verwijst naar de remgelden van één euro voor de rechthebbenden op een verhoogde tegemoetkoming en twee euro voor de andere patiënten. Deze bedragen vloeien naar een uitbreiding van de maximumfactuur, de snelle toegang tot innovatieve geneesmiddelen en een betere bescherming van psychiatrische patiënten door de afschaffing van de 365-dagen beperking. De spreekster wijst erop dat de geneesmiddelen die behoren tot de vergoedingscategorieën Cs en Cx worden opgenomen in de berekening van de maximumfactuur.

Deze maatregelen beogen de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren voor zij die deze zorg het meest nodig hebben.

De artikelen over de administratiekosten van de verzekeringsinstellingen versterken hun verantwoordelijkheid. Het zijn de mutualiteiten zelf die financieel opdraaien voor de door hen gemaakte fouten. De spreekster wijst erop dat de voorgenomen hervormingen het systeem efficiënter zullen maken.

Het voorliggende wetsvoorstel maakt het mogelijk om de uitvoering van de RIZIV-begroting voor 2026 te verzekeren, de toegang tot innovaties te verbeteren, de

du soutien du gouvernement et ils doivent également être considérés comme une priorité dans les actions déployées en matière de santé.

Mme Carmen Ramlot (Les Engagés) estime que la proposition de loi comporte plusieurs mesures budgétaires indispensables. Elle touche à trois enjeux majeurs, à savoir le financement des médicaments innovants, la responsabilisation des acteurs et la protection des patients.

La proposition de loi favorise l'accès rapide aux médicaments innovants à l'aide d'un système d'enveloppe fermée, ce qui permettra de garder le contrôle sur les dépenses. L'intervenante y voit un progrès en matière d'équité, mais aussi d'innovation thérapeutique.

Ensuite, la proposition ajuste plusieurs postes budgétaires, comme la facturation à 78 % pour certains médicaments délivrés en officine hospitalière, ainsi que la reconduction des cotisations sur le chiffre d'affaires. L'intervenante évoque aussi la contribution sur le marketing du secteur pharmaceutique, ou encore les économies réalisées sur certaines classes thérapeutiques. Ces mesures doivent s'accompagner d'un dialogue constant avec les prescripteurs. Il est également nécessaire d'informer clairement les patients sur ces points.

La proposition de loi vise aussi la protection financière des patients. L'intervenante évoque le ticket modérateur qui coûtera un euro aux bénéficiaires de l'intervention majorée et deux euros aux autres patients. Ces montants seront réinvestis dans l'élargissement du maximum à facturer, dans l'accès rapide aux médicaments innovants et dans une meilleure protection des patients psychiatriques grâce à la suppression de la limite de 365 jours. L'intervenante cite également l'inclusion des médicaments appartenant aux catégories de remboursement Cs et Cx dans le calcul du maximum à facturer.

Ces mesures visent à améliorer l'accessibilité des soins pour les personnes qui en ont le plus besoin.

Les articles relatifs aux frais d'administration des organismes assureurs renforcent la responsabilité de ceux-ci. Il appartiendra aux mutualités de prendre en charge les montants qui sont dus en raison de leurs propres erreurs. L'intervenante indique que les réformes proposées renforceront l'efficacité du système.

La proposition de loi à l'examen permettra d'assurer la mise en œuvre du budget INAMI 2026, d'améliorer l'accès aux innovations, de protéger les patients les plus

meest kwetsbare patiënten te beschermen en vooral alle actoren te responsabiliseren.

Mevrouw Nawal Farih (cd&v) wijst op het dringend karakter van de begrotingsbepalingen, noodzakelijk om de RIZIV-begroting van 2026 uit te voeren. Een aantal maatregelen moeten absoluut op 1 januari 2026 in werking treden om financiële gevolgen te vermijden.

Snel toegang krijgen tot zorg is prioritair. Het wetsvoorstel komt daaraan tegemoet. Het farmaceutisch meerjarencader wordt voorzien van een afzonderlijke enveloppe bovenop het vast aandeel van 17,3 % voor de nieuwe *early fast access* procedure. Dit komt elke patiënt ten goede.

Het wetsvoorstel bevat heffingen teneinde het geneesmiddelenbudget te bewaken. Er wordt ook ingezet op meer rationeel geneesmiddelengebruik, overconsumptie wordt tegengegaan door doelgerichte maatregelen zonder de patiënt te raken.

De spreekster onderschrijft de uitbreiding van de maximumfactuur naar langdurig psychiatrische zorg. Mevrouw Nathalie Muylle pleit al lang voor deze maatregel. Ook anticonceptie en allergiemedicatie zullen meetellen, dit komt jonge gezinnen en chronische patiënten ten goede.

In een context van stijgende zorgkost is het zaak de juiste balans te vinden tussen innovatie, betaalbaarheid en sociale bescherming. Het wetsvoorstel biedt deze balans.

De heer Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen) wijst op het probleem van elke voorstel of ontwerp houdende diverse bepalingen. De spreker is het eens met een aantal bepalingen, met andere bepalingen is hij het volstrekt oneens.

Het wetsvoorstel tracht twee doelstellingen te bereiken. Ten eerste vormt het voorstel het sluitstuk voor de RIZIV-begroting voor 2026. De spreker is het niet eens met besparingen in de gezondheidszorg. Het wetsvoorstel poogt verder de gezondheid van de Belgen te verbeteren, alhoewel dit niet expliciet in het voorstel wordt vermeld. Maatregelen voor het RIZIV moeten steeds bekeken worden vanuit het oogpunt dat de gezondheid van de Belgen verbetert. En dit ontbreekt toch wel.

De spreker verwijst naar de verhoging van het remgeld. Het verhogen van de prijs van medicatie leidt tot een bijkomende drempel voor de gebruikers. Het

vulnérables et surtout de responsabiliser l'ensemble des acteurs.

Mme Nawal Farih (cd&v) souligne le caractère urgent des dispositions budgétaires nécessaires à la mise en œuvre du budget de l'INAMI pour 2026. Plusieurs mesures doivent absolument entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2026 afin d'éviter des conséquences financières.

L'accès rapide aux soins est une priorité. La proposition de loi à l'examen répond à cette exigence puisque le cadre pharmaceutique pluriannuel fera l'objet d'une enveloppe distincte en plus de la part fixe de 17,3 % allouée dans le cadre du nouveau Programme d'accès rapide (*early fast access*), une mesure qui sera bénéfique pour tous les patients.

La proposition de loi à l'examen prévoit la perception de cotisations afin de contrôler l'exécution du budget des médicaments. Le texte prône également une utilisation plus rationnelle des médicaments, en luttant contre la surconsommation au travers de mesures ciblées n'affectant pas le patient.

L'intervenante souscrit à la mesure visant à étendre le maximum à facturer aux soins dispensés aux patients psychiatriques de longue durée. Mme Nathalie Muylle plaide depuis longtemps en faveur de cette mesure. La contraception et les médicaments contre les allergies entreront également en ligne de compte, ce qui profitera aux jeunes ménages et aux patients chroniques.

Dans un contexte d'augmentation des coûts des soins de santé, il est important de trouver le juste équilibre entre innovation, accessibilité financière et protection sociale. La proposition de loi à l'examen offre cet équilibre.

M. Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen) souligne le problème de toute proposition ou tout projet portant des dispositions diverses. L'intervenant approuve certaines dispositions, mais est totalement opposé à d'autres.

La proposition de loi vise deux objectifs. Premièrement, elle constitue la clé de voûte du budget de l'INAMI pour 2026. L'intervenant critique les économies réalisées en matière de soins de santé. La proposition de loi vise également à améliorer la santé des Belges, bien qu'elle ne mentionne pas explicitement cet objectif. Or, les mesures concernant l'INAMI doivent toujours être examinées dans l'optique d'améliorer la santé des Belges. Cet élément n'est pas présent en l'espèce.

L'intervenant évoque l'augmentation du ticket modérateur. L'augmentation du prix des médicaments crée un obstacle supplémentaire pour les usagers. L'effet

gezondheidseffect van de prijsverhogingen valt niet na te gaan. Misschien zet het een rem op overconsumptie maar het is ook belangrijk bijvoorbeeld cholesterolremmers te gebruiken in een preventief traject waardoor op lange termijn de kosten van de gezondheidszorg verminderen door het vermijden van cardiovasculaire aandoeningen.

Het is lastig voor de spreker om te bepalen waar het evenwicht precies ligt.

De verminderde terugbetaling van geneesmiddelen uit de ziekenhuisapothek vormt een maatregel waarmee de spreker het eens zou kunnen zijn, indien deze maatregel ingekapseld zou zijn in een groter geheel. Deze maatregel raakt aan de ziekenhuisfinanciering. De minister werkt aan een vernieuwing en nu wordt er één component aangeraakt die invloed heeft op de financiering zonder dat er duidelijkheid is over de globale ziekenhuisfinanciering. Het effect van de voorgenomen maatregel op de leefbaarheid van ziekenhuizen valt dus niet na te gaan.

Een deel van de opbrengst van deze maatregel wordt geïnvesteerd in de *early and equitable fast access* procedure. De spreker is daar niet tegen maar vandaag is niet duidelijk welke behandelingen daaronder zullen vallen. De farmaceutische industrie krijgt tijd tot 1 januari 2026 om voorstellen te doen. Maar vandaag wordt er al gevraagd om daar een budget voor goed te keuren. Wordt er gekozen voor de betaalbaarheid van vernieuwde behandelingen? Kijkt men eerder naar het potentieel van bepaalde behandelingen? Of kijkt men naar behandelingen die de totale gezondheidszorg dienen?

De veranderingen in terugbetalingscategorieën van PPI en statines is gebaseerd op wetenschappelijke evaluaties. Mevrouw Eggermont verwijst echter naar wetenschappelijke rapporten waaruit het omgekeerde blijkt. De spreker is daarover verward.

De grote doelstelling is het terugdringen van medische overconsumptie. Er speelt echter meer dan enkel het prijsaspect. De spreker verwijst naar preventie. Worden er maatregelen genomen om artsen te overtuigen over te schakelen op alternatieve trajecten om zo overconsumptie tegen te gaan? Overconsumptie wordt aldus niet louter tegengegaan door op de prijs in te grijpen.

De bijdrage op de marketing bestaat al enige jaren. De bedoeling ervan was het voorschrijven te verminderen. Werd dit ooit geëvalueerd? Heeft deze bijdrage effect? En wat zijn de alternatieven voor deze bijdrage?

des augmentations de prix sur la santé est impossible à évaluer. Cela freine peut-être la surconsommation, mais il est également important par exemple d'utiliser des hypocholestérolémiants dans une démarche préventive, ce qui réduit les coûts des soins de santé sur le long terme en évitant les maladies cardiovasculaires.

L'intervenant ne parvient pas à déterminer précisément le point d'équilibre.

La diminution des remboursements des médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières est une mesure que l'intervenant pourrait soutenir si elle s'inscrivait dans un ensemble plus vaste. Cette mesure touche au financement des hôpitaux. Le ministre travaille à une modernisation et voilà qu'on touche à un élément qui influence le financement sans préciser la situation globale du financement des hôpitaux. Il est donc impossible d'évaluer l'effet de la mesure envisagée sur la viabilité des hôpitaux.

Une partie des recettes générées par cette mesure sera investie dans la procédure "*early and equitable fast access*". L'intervenant n'y est pas opposé, mais il précise qu'à l'heure actuelle, on ne sait pas clairement quels traitements seront concernés. L'industrie pharmaceutique a jusqu'au 1^{er} janvier 2026 pour formuler des propositions. Aujourd'hui pourtant, on demande au Parlement d'approuver un budget en la matière. Opte-t-on pour l'accessibilité financière des traitements novateurs? Se concentre-t-on plutôt sur le potentiel de certains traitements? Ou se focalise-t-on sur les traitements qui servent les soins de santé dans leur ensemble?

Les changements dans les catégories de remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des statines s'appuient sur des évaluations scientifiques. Mme Eggermont évoque toutefois des rapports scientifiques qui démontrent le contraire. Cette confusion le rend perplexe.

L'objectif principal est de réduire la surconsommation de médicaments. Pour autant, le prix n'est pas le seul aspect en jeu. L'intervenant évoque la prévention. Des mesures sont-elles prises pour convaincre les médecins de se tourner vers des alternatives afin de lutter contre la surconsommation? Ainsi, la surconsommation ne sera pas uniquement combattue en intervenant sur les prix.

La contribution sur le marketing existe depuis des années et visait à réduire les prescriptions. A-t-elle déjà été évaluée? Cette contribution est-elle efficace? Et quelles sont les alternatives à cette contribution?

De spreker kan zich vinden in het voorstel van mevrouw Gijbels om in deze commissie regelmatig de transparantie van de mutualiteiten te bespreken. Het volstaat echter niet om enkel naar de kosten te kijken, er moet ook gekeken worden naar gezondheidsparameters. In welke mate dragen de mutualiteiten effectief bij aan de verbetering van de gezondheid? De spreker vraagt niet enkel transparantie van de mutualiteiten, ook de andere spelers in de sector mogen deze transparantie verschaffen. Bij de terugbetaling van geneesmiddelen moet dezelfde transparantie gevraagd worden van de farmaceutische sector.

Mevrouw Ludivine Dedonder (PS) is verbaasd en teleurgesteld over wat ze gehoord heeft. De spreekster wijst erop dat medicatie tegen cholesterol en maagzuurremmers niet optioneel zijn. Het zijn essentiële geneesmiddelen voor duizenden patiënten in België. Artsen schrijven deze geneesmiddelen voor die de gezondheid van de patiënten ten goede komen. Ze voorkomen gezondheidscomplicaties, ziekenhuisopnames en een vroegtijdig overlijden. Wanneer er over overconsumptie wordt gesproken, dan twijfelt men aan de professionele ingesteldheid van de arts.

De bevolking wordt gestigmatiseerd, ze zijn precies leeghoofden die enkel pillen slikken omdat ze dat leuk vinden. En het verhogen van de prijs van geneesmiddelen moet hen tot beter gedrag aanzetten. Deze prijsverhoging is niet in het belang van de volksgezondheid, het gaat om een louter door besparingen ingegeven logica.

Waarom niet overgaan tot preventiecampagnes in plaats van prijsverhogingen?

De voorgenomen prijsverhogingen raken enkel de minstbesteden en de meest kwetsbare patiënten, zij die het zich kunnen veroorloven blijven deze geneesmiddelen nemen. Tot zover dus de vermindering van de overconsumptie.

De politiek van de regering leidt tot een kloof, tot een gezondheidszorg op twee snelheden. De toegang tot de zorg vermindert voor de midden-en arbeidersklasse.

De koopkracht van de burgers neemt af door de genomen en nog komende maatregelen. Sommigen moeten kiezen tussen geneesmiddelen en andere basisbehoeften. Eén op vier personen neemt nu al geen medicijnen omdat ze het zich niet kunnen veroorloven. Dit kan alleen maar leiden tot ernstige complicaties en ziekenhuisopnames. Dit zal uiteindelijk meer kosten dan

L'intervenant pourrait se rallier à la proposition de Mme Gijbels visant à aborder régulièrement le thème de la transparence des mutualités au sein de cette commission. Il ne suffit toutefois pas de se concentrer uniquement sur les coûts, mais il faut également tenir compte des paramètres de santé. Dans quelle mesure les mutualités contribuent-elles effectivement à l'amélioration de la santé? L'intervenant ne réclame pas seulement la transparence des mutualités, les autres acteurs du secteur y sont tenus également. En matière de remboursement des médicaments, la même transparence doit être exigée de la part de l'ensemble du secteur pharmaceutique.

Mme Ludivine Dedonder (PS) est étonnée et déçue par ce qu'elle vient d'entendre. Elle souligne que les médicaments contre le cholestérol et les antiacides ne doivent pas être considérés comme des traitements optionnels, mais comme des médicaments essentiels pour des milliers de patients en Belgique. Ces médicaments sont prescrits par des médecins pour garantir la santé et la qualité de vie des patients et pour éviter des complications graves, des hospitalisations et des décès prématurés. Alors, prétendre que ces médicaments font l'objet d'une consommation excessive, c'est aussi mettre en cause le professionnalisme du médecin.

La population est stigmatisée, comme si elle était composée d'écervelés qui absorbent les médicaments par pur plaisir. Et l'augmentation du prix des médicaments doit les encourager à changer de comportement. Cette augmentation de prix n'est pas dans l'intérêt de la santé publique, il s'agit d'une logique purement économique.

Pourquoi ne pas mener des campagnes de prévention au lieu d'augmenter les prix?

Les augmentations de prix envisagées ne toucheront que les patients les plus démunis et les plus vulnérables tandis que ceux qui en ont les moyens continueront à consommer ces médicaments. Voilà pour la réduction de la surconsommation.

La politique du gouvernement conduit à creuser l'écart, à créer un système de soins de santé à deux vitesses. L'accès aux soins diminue pour la classe moyenne et populaire.

Le pouvoir d'achat des citoyens diminue en raison des mesures déjà prises et de celles encore à venir. Certaines personnes doivent choisir entre les médicaments et d'autres besoins fondamentaux. Une personne sur quatre ne prend déjà plus de médicaments parce qu'elle n'en a pas les moyens. Cette situation ne fera qu'entraîner de graves complications et des hospitalisations, ce qui, au

de initiële besparingen, met daarbovenop een slechtere gezondheidstoestand voor velen.

De voorgenomen maatregelen brengen de gezondheid van de burgers in gevaar en brengen het gezondheidssysteem aan het wankelen. De maatregelen zijn niet alleen onrechtvaardig maar ook contraproductief.

Mevrouw Dedonder gaat in op de uitspraken van de heer Gatelier. Er wordt gesteld dat er een kleine inspanning wordt gevraagd. De spreekster merkt op dat het dezelfde burgers zijn die steeds meer belast worden. En dat leidt tot keuzes in de basisbehoeften.

De heer Gatelier wijst op de discrepantie tussen medische waarde en economische waarde. Een aantal burgers geven veel geld uit aan behandelingen zonder dat die echt nodig zijn zoals cosmetische chirurgie, een botox-behandeling of een haartransplantatie. Mevrouw Dedonder stelt dat deze patiënten niet de patiënten zijn die te weinig geld hebben om geneesmiddelen te kopen. Het zijn niet deze patiënten die moeite hebben om rond te komen.

De heer Gatelier leeft niet in de realiteit. De spreekster heeft het over chronisch zieken, over patiënten die misschien wel gedurende heel hun leven geneesmiddelen nodig hebben. Uitstel van zorg is een realiteit, een euro hier en daar betekent veel voor patiënten.

De heer Gatelier stelt dat er in preventie geïnvesteerd moet worden, dat de mutualiteiten en de ziekenhuizen moeten ondersteund worden. Dit zijn loze woorden. De ziekenhuizen moeten in 2026 160 miljoen euro besparen. De voorgenomen maatregelen zijn er niet om het gezondheidssysteem te redden of efficiënter te maken, het gaat louter om besparingen, besparingen die mensen treffen die het al niet breed hebben.

De spreekster herhaalt dat er preventiecampagnes gevoerd moeten worden om het geneesmiddelengebruik terug te dringen. Loutere prijsverhogingen missen hun doel.

B. Antwoorden van de hoofdindieners van het wetsvoorstel

De heer Jan Bertels, hoofdindieners van het wetsvoorstel, wenst te benadrukken dat het vertrekpunt van het wetsvoorstel is dat de regering inzet op doelmatige zorg. Elke euro die geïnvesteerd wordt in gezondheidszorg, moet zoveel mogelijk gezondheidswinst of gezondheid opleveren. Er moet steeds een

final, coûtera plus cher que les économies initialement réalisées, sans compter la détérioration de l'état de santé de nombreuses personnes.

Les mesures envisagées mettent en péril la santé des citoyens, mais aussi l'ensemble de notre système de santé. Elles sont non seulement injustes, mais aussi contre-productives.

Mme Dedonder revient sur les déclarations de M. Gatelier selon lesquelles on demande juste un petit effort. L'intervenante fait observer que ce sont les mêmes citoyens qui sont de plus en plus taxés et que cette situation les oblige à faire des choix entre leurs besoins fondamentaux.

M. Gatelier souligne la distorsion entre valeur médicale et valeur économique et évoque des citoyens qui dépensent beaucoup d'argent pour se payer des traitements qui ne sont pas vraiment nécessaires, tels que la chirurgie esthétique, les injections de Botox ou les greffes capillaires. Mme Dedonder indique que ces patients n'ont aucun mal à s'acheter leurs médicaments. Ce ne sont pas ces patients qui ont du mal à nouer les deux bouts.

M. Gatelier ne vit pas dans la réalité. L'intervenante évoque les malades chroniques, les patients qui ont parfois besoin de médicaments à vie. Le report des soins est une réalité et pour ces patients-là, un euro ou deux euros font toute la différence.

M. Gatelier indique qu'il faut investir dans la prévention, que les mutualités et les hôpitaux doivent être soutenus. Ce ne sont que des mots. Les hôpitaux doivent économiser 160 millions d'euros en 2026. Les mesures envisagées ne visent pas à sauver le système de santé ou à le rendre plus efficace, il s'agit purement et simplement d'économies, des économies qui touchent des personnes qui n'ont déjà presque plus rien en poche.

L'intervenante répète qu'il faut mener des campagnes de prévention afin de réduire la consommation de médicaments. Ce n'est pas en augmentant simplement les prix qu'on atteindra les objectifs.

B. Réponses de l'auteur principal de la proposition de loi

M. Jan Bertels, auteur principal de la proposition de loi, tient à souligner que le point de départ du texte à l'examen est la volonté du gouvernement de miser sur des soins efficaces. Chaque euro investi dans les soins de santé doit générer le maximum de gains en matière de santé. Il doit toujours y avoir une valeur ajoutée.

meerwaarde zijn. Om dat te bereiken is er ook een commissie Gezondheidsdoelstellingen geïnstalleerd.

Tijdens het proces voor de opmaak van de gezondheidszorgbegroting voor het jaar 2026 werden de maatregelen rond de PPI's en de statines voorgesteld door de gezondheidszorgactoren zelf, namelijk de artsenvakbonden. Het is inderdaad zo dat de cardiologen een brief hebben gestuurd waarin zij het belang van de statines voor primaire preventie hebben onderstreept. Maar in die brief staat ook dat er een goede selectie moet worden gemaakt van patiënten die het meest gebaat zijn bij het gebruik van statines.

De maatregelen zijn ook gebaseerd op de studies van het KCE en van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI). Ze zijn gebaseerd op algemeen geldende internationale richtlijnen, die ook worden gevolgd door de huisartsenorganisaties. Die organisaties, zoals Domus Medica, zijn overigens al jaren bezig met sensibilisering rond het gebruik van PPI's en statines.

Er is nu eenmaal overconsumptie van die geneesmiddelen in ons land. Het is aangetoond dat deze middelen in België meer gebruikt worden dan in andere landen. En het is daarnaast duidelijk dat primaire preventie meer is dan enkel het nemen van geneesmiddelen. Er moet ook worden ingezet op bewegen, gezondheidsopvoeding enzovoort.

Kankergeneesmiddelen zijn in dit wetsvoorstel niet bevat. Deze geneesmiddelen worden meestal afgeleverd in de ziekenhuisapotheek.

De verzekeringsinstellingen zijn een belangrijke partner bij het beheer van de gezondheidszorgverzekering en zullen dat blijven. Er wordt echter ook een inspanning van hen gevraagd, zoals dat ook wordt gevraagd van de farmaceutische sector. Mevrouw Désir meent dat er te weinig van de farmaceutische sector wordt gevraagd en heeft gevraagd of er nog bijkomende maatregelen zullen worden genomen. De heer Bertels kan bevestigen dat er nog bijkomende maatregelen zullen worden genomen. De maatregelen die in het wetsvoorstel zijn opgenomen zijn enkel de meest dringende begrotingsmaatregelen die op 1 januari 2026 in werking moeten treden.

De heer Bertels komt terug op de gesloten enveloppe van 25 miljoen euro voor het Programma voor snelle toegang. Het gaat hier om een raming. Die raming doet de farmaceutische directie van het RIZIV op basis van wat men de "pipeline" noemt, namelijk de geneesmiddelen waarvan men verwacht dat die dat jaar op de markt zouden kunnen komen.

Pour y parvenir, une commission Objectifs de santé a également été mise en place.

Au cours du processus d'élaboration du budget des soins de santé pour l'année 2026, les mesures relatives aux IPP et aux statines ont été proposées par les acteurs du secteur de la santé eux-mêmes, à savoir les syndicats de médecins. Il est vrai que les cardiologues ont envoyé une lettre dans laquelle ils soulignent l'importance des statines pour la prévention primaire. Mais cette lettre précise également qu'il convient de sélectionner avec soin les patients pour qui l'utilisation de statines est la plus bénéfique.

Les mesures s'appuient également sur les études du KCE et du Centre belge d'information pharmacothérapeutique (CBIP). Elles sont basées sur des directives internationales applicables de manière générale, qui sont également suivies par les organisations de médecins généralistes. Ces organisations, telles que Domus Medica, mènent d'ailleurs depuis des années des actions de sensibilisation concernant l'utilisation des IPP et des statines.

Il est indéniable qu'il existe une surconsommation de ces médicaments dans notre pays. Il a été démontré qu'ils sont davantage consommés en Belgique que dans d'autres pays. Il est également clair que la prévention primaire ne se limite pas à la prise de médicaments. Il faut également miser sur l'activité physique, l'éducation à la santé, etc.

Les médicaments anticancéreux ne sont pas concernés par la proposition de loi à l'examen. Ils sont généralement délivrés dans les pharmacies hospitalières.

Les organismes assureurs sont des partenaires importants dans la gestion de l'assurance soins de santé, et ils le resteront. Cependant, on leur demande également de faire un effort, tout comme on le demande au secteur pharmaceutique. Mme Désir estime que le secteur pharmaceutique n'est pas assez mis à contribution et a demandé si des mesures supplémentaires seraient prises. M. Bertels peut confirmer que ce sera le cas. Les mesures figurant dans la proposition de loi ne sont que les mesures budgétaires les plus urgentes qui doivent entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2026.

M. Bertels revient sur l'enveloppe fermée de 25 millions d'euros pour le Programme d'accès rapide. Il s'agit ici d'une estimation réalisée par la direction pharmaceutique de l'INAMI sur la base de ce que l'on appelle le "pipeline", à savoir les médicaments dont on estime qu'ils seraient susceptibles d'être commercialisés au cours de l'année.

De Algemene Raad kan dit bedrag in de loop van het jaar altijd aanpassen aan de reële noden.

De 25 miljoen euro is opgenomen in het budget van het RIZIV. Dat is inderdaad een apart budget. Het komt niet overeen met het budget van de FOD Volksgezondheid.

De facturatie aan 78 % met betrekking tot de ziekenhuisapotheken is een gerechtvaardigde maatregel. Het is immers geen goede zaak dat het RIZIV meer betaalt voor de geneesmiddelen dan de ziekenhuizen zelf betalen aan de farmasector. Dat is iets dat vandaag wel gebeurt. Het is positief dat de ziekenhuizen zich zullen groeperen voor de aankoop van geneesmiddelen, wat de prijs van geneesmiddelen voor die ziekenhuizen zal drukken. De heer Bertels geeft ook mee dat de werkzaamheden rond de ziekenhuisfinanciering nog steeds lopen. Het werk vordert weliswaar traag, maar het vordert nog steeds.

De heffingen aan de farmaceutische industrie moeten inderdaad elk jaar worden gestemd. Dat is nodig om geen juridisch risico te nemen met betrekking tot het annualiteitsbeginsel. Meestal worden die heffingen gestemd in het kader van een programmawet bij de begroting.

Het klinisch onderzoek valt niet onder de bevoegdheid van het RIZIV, maar onder de bevoegdheid van het FAGG.

Is de marketingheffing ooit geëvalueerd? De heer Bertels bevestigt dat die heffing reeds is geëvalueerd. Maar hij weet ook dat de farmaceutische industrie nog steeds veel aan marketing doet. Er bestaan ethische codes, die worden gemonitord. Toch worden die codes soms met de voeten getreden. De marketingheffing is volgens de spreker nog altijd nodig.

De wijziging van de categorie van bepaalde geneesmiddelen werd gedaan op basis van de rapporten van het KCE, de richtlijnen van het BCPI en de rapporten van de Nationale Raad voor Kwaliteitspromotie. Die rapporten stelden dat er een overmatig gebruik was van PPI's en cholesterolverlagers. De Algemene Raad, met de artsenvakbonden en de farma-industrie, hebben die wijziging goedgekeurd. Ze hebben het voorstel overgemaakt aan het RIZIV en aan de beleidsceel als voorstel voor meer doelmatige zorg.

Er zal nog een sensibiliseringscampagne worden georganiseerd. Zowel de patiënten als de voorschrijvers zullen worden gesensibiliseerd.

De spreker verwijst naar de vraag van mevrouw Sneppe over het remgeldplafond in de verschillende

Le Conseil général pourra toujours adapter ce montant au cours de l'année en fonction des besoins réels.

Ces 25 millions d'euros sont inscrits au budget de l'INAMI. Il s'agit en effet d'un budget distinct, qui ne correspond pas au budget du SPF Santé publique.

La facturation à 78 % pour les médicaments remboursables délivrés en officine hospitalière est une mesure justifiée. En effet, il n'est pas normal que l'INAMI paie les médicaments plus cher que ce que les hôpitaux paient eux-mêmes au secteur pharmaceutique. C'est pourtant ce qui se passe aujourd'hui. L'intervenant se réjouit que les hôpitaux prévoient de faire des achats groupés de médicaments, ce qui permettra de faire baisser le prix qu'ils paieront. M. Bertels indique également que les travaux relatifs au financement des hôpitaux sont toujours en cours. Ils avancent certes lentement, mais ils avancent.

Les cotisations sur l'industrie pharmaceutique doivent en effet être votées chaque année. C'est nécessaire afin de ne prendre aucun risque juridique à l'égard du principe d'annualité. Ces cotisations sont généralement votées dans le cadre d'une loi-programme liée au budget.

La recherche clinique ne relève pas de la compétence de l'INAMI, mais de celle de l'AFMPS.

M. Bertels confirme que la contribution sur le marketing a déjà fait l'objet d'une évaluation. Mais il sait également que l'industrie pharmaceutique continue à recourir énormément à ces pratiques. Il existe des codes éthiques qui font l'objet d'un suivi. Pourtant, ces codes sont parfois bafoués. Selon l'intervenant, la contribution sur le marketing reste nécessaire.

La modification de la catégorie de certains médicaments a été effectuée sur la base des rapports du KCE, des directives du CBIP et des rapports du Conseil national de la promotion de la qualité. Ces rapports faisaient état d'une utilisation excessive des IPP et des hypocholestérolémians. Le Conseil général, les syndicats médicaux et l'industrie pharmaceutique ont approuvé cette modification. Ils ont transmis la proposition à l'INAMI et à la cellule stratégique en la présentant comme une proposition visant à améliorer l'efficacité des soins.

Une campagne de sensibilisation sera organisée, à l'attention des patients et des prescripteurs.

L'intervenant renvoie à la question de Mme Sneppe concernant le plafond du ticket modérateur dans les

medicatiecategorieën. Dat verschil bestaat al sinds 2010. Het wetsvoorstel wijzigt hier niets aan.

Met betrekking tot het persoonlijk aandeel, wordt inderdaad een inspanning aan iedereen gevraagd en ook aan de patiënten. Maar het is, zoals de heer Gatelier ook al aangaf, een gerechtvaardigde responsabilisering.

Het verheugt de heer Bertels dat de maatregel rond de maximumfactuur voor psychiatrische zorg breed wordt gesteund. Het is hem echter niet duidelijk wat dit te maken heeft met een “heksenjacht op langdurig zieken”. Een heksenjacht op mensen die in de psychiatrie zitten maakt zeker geen deel uit van de terug-naar-werk-maatregelen. De meerkost van de maatregel maximumfactuur psychiatrie bedraagt 1,6 miljoen euro. Die meerkost is ingeschreven in de gezondheidszorgbegroting 2026. In het regeerakkoord wordt verwezen naar een algemene evaluatie van de maximumfactuur. Bij die evaluatie moet worden gekeken hoe patiënten zo goed mogelijk kunnen worden beschermd tegen hoge kosten.

Worden de mutualiteiten beloond wanneer er minder zorgverbruik is? De heer Bertels benadrukt dat de responsabilisering tot doel heeft om tot een meer doelmatige zorg te komen, niet noodzakelijk tot minder zorg.

Mevrouw Désir verwees naar de MAHA-studie. De heer Bertels is zich ervan bewust dat de financiële situatie van de ziekenhuizen niet gemakkelijk is. De hervorming van de ziekenhuisfinanciering zal op dit vlak voor oplossingen moeten zorgen. Er zal ook moeten worden gekeken naar samenwerkingen en het beheer van ziekenhuizen.

De PPI's zijn zeker een belangrijk instrument in het kader van preventie. Maar het is niet gezond om jarenlang maagzuurremmers te gebruiken. Bovendien hebben deze geneesmiddelen bepaalde neveneffecten. Dat mag men ook niet ontkennen. Voor mensen die de PPI's echt nodig hebben, zoals patiënten met de ziekte van Barrett of met het Zollinger-Ellinson-syndroom, verandert de vergoeding niet. Voor mensen zonder een bepaalde aandoening, is het niet aangewezen om steeds naar geneesmiddelen te (blijven) grijpen en kan een aanpassing van de levensstijl worden overwogen.

Er zal een verstrenging van de *clawback* komen en een alternatieve maatregel ter vervanging van de *clawforward* van 80 miljoen die er in 2025 was. Zoals reeds aangegeven, komen er daarnaast nog bijkomende maatregelen.

différentes catégories de médicaments. Cette différence existe depuis 2010. La proposition de loi n'apportera aucune modification en la matière.

En ce qui concerne l'intervention personnelle, un effort sera effectivement demandé à tout le monde, y compris aux patients. Mais, comme l'a déjà souligné M. Gatelier, il s'agit d'une responsabilisation justifiée.

M. Bertels se réjouit que la mesure relative au maximum à facturer pour les soins psychiatriques bénéficie d'un large soutien. Il ne comprend toutefois pas en quoi cette mesure s'inscrirait dans le cadre d'une chasse aux sorcières contre les malades de longue durée. Les mesures en faveur du retour au travail ne visent certainement pas à mener une chasse aux sorcières contre les personnes suivies en psychiatrie. Le surcoût de la mesure relative au maximum à facturer en psychiatrie s'élève à 1,6 million d'euros. Il est inscrit dans le budget des soins de santé 2026. L'accord de gouvernement fait référence à une évaluation globale du maximum à facturer, à l'occasion de laquelle il faudra examiner comment il serait possible de protéger au mieux les patients contre les coûts élevés.

En réponse à la question de savoir si les mutualités seront récompensées en cas de diminution de la consommation de soins, M. Bertels souligne que la responsabilisation visée a pour objectif d'améliorer l'efficacité des soins, et pas nécessairement d'en réduire le nombre.

Mme Désir a fait référence à l'étude MAHA. M. Bertels est conscient que la situation financière des hôpitaux n'est pas facile. La réforme du financement des hôpitaux devra apporter des solutions à cet égard. Il faudra également examiner les collaborations et la gestion des hôpitaux.

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) constituent assurément un outil de prévention important. Mais il n'est pas sain d'y avoir recours pendant des années. En outre, il est indéniable que ces médicaments ont certains effets secondaires. Pour les personnes qui ont réellement besoin des IPP, comme les patients atteints de l'œsophage de Barrett ou du syndrome de Zollinger-Ellinson, le remboursement demeure inchangé. Pour les personnes sans affection particulière, il n'est pas indiqué de recourir constamment aux médicaments et une adaptation du mode de vie peut être envisagée.

Il y aura un renforcement du *clawback* et une mesure alternative en remplacement du *clawforward* de 80 millions qui existait en 2025. Comme déjà indiqué, des mesures supplémentaires viendront s'y ajouter.

Het percentage van de heffing op de omzet van farmabedrijven is op een bepaald moment inderdaad verlaagd. Dit was om een evenwicht te vinden met andere heffingen. De farmaceutische sector heeft die daling dus moeten compenseren met andere heffingen.

De schrapping van de 11,4 miljoen euro met betrekking tot de kleine risico's is juridisch verantwoord. In de oefening die is gemaakt werd uitgelegd waarom deze schrapping niet tegengesteld is aan het *standstill*-principe.

Het is gedeeltelijk waar dat dure kankermedicijnen het geneesmiddelenbudget doen stijgen. De regering kijkt wel samen met het KCE of nieuwe kankermedicijnen voldoende meerwaarde bieden.

Mevrouw Eggermont heeft verwezen naar cijfers waarover *De Tijd* beschikt. Die cijfers komen niet overeen met de cijfers van het RIZIV. Dat is ook niet mogelijk, want *De Tijd* baseert zich op brutocijfers. *De Tijd* beschikt niet over alle netto-uitgaven, want een deel van die uitgaven zitten onder contract en zijn niet openbaar.

Het is niet zo evident om het prijzenmodel van Solidaris in België te hanteren. Zelfs de vertegenwoordigers van Solidaris weten dat. Tot nu toe is het nog geen enkel land gelukt om dit soort calculator toe te passen.

Het is niet zo dat elke diabetespatiënt die insuline gebruikt vandaag 700 euro per jaar uit eigen zak moet betalen. 700 euro is het absolute maximumbedrag, dat men enkel behaalt als men een zeer dure en zeer volledige medicatiecocktail gebruikt. De patiënt zou al de duurste PPI's plus statines plus twee soorten insuline plus metformine plus glyfosine plus semaglutide moeten gebruiken. Volgens het RIZIV is er voor de meeste diabetespatiënten een toename van tussen de 150 en 170 euro per jaar.

Er zal naar artsen en andere zorgprofessionals toe worden gecommuniceerd met betrekking tot het doelmatig voorschrijven.

Tot slot merkt de heer Bertels op dat er met dit wetsvoorstel niet alleen een budgettaire logica wordt gevolgd, maar ook een volksgezondheidslogica. We moeten blijven investeren en hervormen in onze gezondheidszorgbegeving. Om dit op een goede manier te blijven doen, moeten bepaalde zaken worden veranderd.

Le pourcentage de la cotisation sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques a effectivement été réduit à un certain moment, afin de trouver un équilibre avec d'autres cotisations. Le secteur pharmaceutique a donc dû compenser cette diminution par d'autres cotisations.

La suppression des 11,4 millions d'euros relatifs aux petits risques est juridiquement justifiée. Dans l'exercice qui a été réalisé, il a été expliqué pourquoi cette suppression n'est pas contraire au principe de *standstill*.

Il est en partie correct de prétendre que les médicaments anticancéreux coûteux font augmenter le budget des médicaments. Le gouvernement examine toutefois, en collaboration avec le KCE, si les nouveaux médicaments anticancéreux offrent une valeur ajoutée suffisante.

Mme Eggermont a fait référence aux chiffres dont dispose le quotidien *De Tijd*. Ces chiffres ne correspondent pas à ceux de l'INAMI, ce qui est inévitable puisque *De Tijd* se base sur des chiffres bruts. Le quotidien ne dispose pas de toutes les dépenses nettes, car une partie de ces dépenses sont prévues par des conventions et ne sont pas rendues publiques.

Il n'est pas si évident d'appliquer en Belgique le modèle de prix de Solidaris. Les représentants de Solidaris en sont eux-mêmes conscients. Jusqu'à présent, aucun pays n'a réussi à mettre en œuvre un calculateur de ce type.

Il n'est pas exact que chaque patient diabétique utilisant de l'insuline doive aujourd'hui payer 700 euros par an de sa propre poche. Il s'agit d'un plafond absolu, qui est uniquement atteint lorsque le patient prend un cocktail de médicaments très coûteux et très complet, composé non seulement des IPP les plus chers, mais aussi de statines, de deux types d'insuline, de metformine, de glyfozine et sémaglutide. Selon l'INAMI, pour la plupart des patients diabétiques, l'augmentation atteindra entre 150 et 170 euros par an.

Des communications seront adressées aux médecins et aux autres professionnels de la santé en ce qui concerne les prescriptions rationnelles.

Enfin, M. Bertels relève que la proposition de loi à l'examen suit non seulement une logique budgétaire, mais aussi une logique de santé publique. Nous devons continuer d'investir dans notre budget de soins de santé et de le réformer. Pour pouvoir le faire correctement, certaines modifications doivent être apportées.

C. Replieken

Mevrouw Dominiek Snelpe (VB) heeft op een aantal vragen geen antwoord gekregen. De gesloten enveloppe voor de vroege en snelle toegang is niet echt gesloten want de Algemene Raad kan het voorziene bedrag aanpassen. Dan is het toch geen gesloten enveloppe. De spreekster vindt dit een voorbeeld van creatieve boekhouding.

De verlaging van de terugbetaling voor ziekenhuisgeneesmiddelen naar 78 % komt er omdat ziekenhuizen winst maken op deze verkoop. Maar dat neemt niet weg dat de cijfers van de ziekenhuizen rood kleuren. Waar zullen de ziekenhuizen het geld halen om deze maatregel te compenseren?

De spreekster is principieel voorstander van de heffingen die aan de farmaceutische sector worden opgelegd, maar de spreekster blijft in het ongewisse over de evaluatie ervan. En zijn er bedrijven die België verlaten omwille van deze heffingen? De spreekster vreest dat de opgelegde heffingen de innovatiekracht van België aantasten.

Mevrouw Snelpe stelt dat de verhoging van de remgelden een zuivere besparingsmaatregel vormt. Artsen schrijven geneesmiddelen voor omdat ze ervan overtuigd zijn dat dit nodig is. De spreekster vreest dat de maatregel de therapietrouw ondergraaft.

Er gelden minimum remgelden per verpakking, maar over de grootte van de verpakking blijft de spreekster in het ongewisse. Het wetsvoorstel maakt dus goedkope geneesmiddelen duurder en daar draait de patiënt voor op.

De spreekster vindt de uitbreiding van de maximumfactuur een goede maatregel maar dit compenseert niet de extra kosten die op de patiënten afgewenteld worden.

De verandering van categorie voor bepaalde geneesmiddelen leidt tot een verminderde terugbetaling, en dit is weer een besparing die de patiënt financieel treft.

Mevrouw Snelpe stelt vast dat het wetsvoorstel weer dringend behandeld moet worden. Het RIZIV-budget werd echter gestemd eind oktober 2025. De spreekster betreurt deze manier van werken om belangrijke zaken snel door het Parlement te loodsen.

Mevrouw Caroline Désir (PS) vindt het bevreemdend dat men denkt dat de gewoonten van voorschrijvende artsen kunnen veranderen door de prijs van een doos medicijnen te verhogen.

C. Répliques

Mme Dominiek Snelpe (VB) n'a pas obtenu de réponse à plusieurs questions. L'enveloppe fermée pour l'accès rapide et précoce ne l'est pas vraiment, puisque le Conseil général peut ajuster le montant prévu. Elle y voit un exemple de comptabilité créative.

La réduction du remboursement des médicaments hospitaliers à 78 % est motivée par le fait que les hôpitaux réalisent des bénéfices sur ces ventes. Pourtant, leurs comptes restent dans le rouge. Où les hôpitaux trouveront-ils les fonds nécessaires pour compenser cette mesure?

L'intervenante se dit, en principe, favorable aux cotisations imposées au secteur pharmaceutique, mais elle reste dans l'incertitude en ce qui concerne leur évaluation. Certaines entreprises quittent-elles la Belgique en raison de ces taxes? La membre redoute effectivement qu'elles n'affectent la capacité d'innovation du pays.

Mme Snelpe estime que l'augmentation des tickets modérateurs constitue une simple mesure d'économie. Les médecins prescrivent des médicaments parce qu'ils sont convaincus de leur nécessité. L'intervenante craint que cette mesure ne nuise à l'observance thérapeutique.

Des tickets modérateurs minimum sont fixés par conditionnement mais, selon la membre, l'incertitude demeure quant à la taille de ces conditionnements. La proposition de loi augmente donc le prix des médicaments peu coûteux, et c'est le patient qui en fait les frais.

L'intervenante estime que l'extension du maximum à facturer est une mesure positive, mais elle ne permet pas de compenser les coûts supplémentaires répercutés sur les patients.

Le changement de catégorie de certains médicaments entraîne une réduction du remboursement, ce qui constitue encore une économie au détriment du patient.

Mme Snelpe constate que la proposition de loi doit à nouveau être traitée en urgence. Or, le budget de l'INAMI a été voté fin octobre 2025. Elle déplore cette manière de faire adopter au pas de charge des dossiers importants au Parlement.

Mme Caroline Désir (PS) trouve étrange de penser que l'augmentation du prix d'une boîte de médicaments puisse modifier les habitudes des médecins prescripteurs.

De spreekster verwijst naar studies waaruit blijkt dat statines een belangrijke rol spelen bij de preventie van beroertes. De opgelegde bezuinigingen viseren de patiënt die zelf niet in staat is om zijn behandeling aan te passen. Er zijn patiënten die te veel slechte cholesterol hebben terwijl ze gezond en evenwichtig eten. Mevrouw Désir verkeert in deze situatie, het is een erfelijke aandoening. De spreekster zal dus meer moeten betalen om gezond te blijven. Maar kwetsbare patiënten kunnen deze duurdere medicijnen niet betalen. Het is voor de spreekster onbegrijpelijk dat mensen moeten kiezen voor hun gezondheid of voor hun portemonnee.

De spreekster stelt zich vragen bij de voorgenomen responsabilisering van de mutualiteiten. Het is vanzelfsprekend dat mutualiteiten actief bijdragen aan de begeleiding van arbeidsongeschikte personen bij hun terugkeer naar het werk. Het is normaal dat ze worden beoordeeld op de kwaliteit en de intensiteit van hun interventies. Maar is het echt de bedoeling van de regering om de mutualiteiten financieel te straffen wanneer de begeleide personen niet daadwerkelijk terugkeren naar het werk? Worden de mutualiteiten verantwoordelijk gesteld voor een resultaat dat in grote mate afhangt van factoren waar zij geen invloed op hebben?

De spreekster wijst op het tekort van 150 miljoen euro in de begroting. Welke concrete maatregelen zullen ervoor zorgen dat de farmaceutische sector zijn bijdrage levert? De spreekster stelt vast dat er meer animo is om patiënten te activeren.

Mevrouw Désir gaat in op de precarie financiële situatie van de ziekenhuizen. De spreekster pleit voor een systeem waarin iedereen toegang heeft tot kwaliteitsvolle zorg, ongeacht de financiële middelen van de patiënt. Maar het systeem begeeft. De wachttijden voor afspraken bij specialisten nemen toe met mogelijke vertragingen in de diagnose en behandeling als gevolg. Het zorgpersoneel is op, de financiële indicatoren staan in het rood.

En dan worden de ziekenhuizen nog gedwongen te rationaliseren en te bezuinigen. De spreekster is van oordeel dat de voorgenomen hervormingen niet door de ziekenhuizen kunnen uitgevoerd worden omdat ze aan het eind van hun Latijn zijn.

Mevrouw Natalie Eggermont (PVDA-PTB) wijst erop dat de stijging van het geneesmiddelenbudget niet te wijten is aan alledaagse geneesmiddelen. Het probleem ligt vooral bij de nieuwe innovatieve kankermedicatie. Over de geneesmiddelenbudgetten kan geen ernstig debat gevoerd worden omdat de grote budgetten onder geheim contract vallen. De spreekster pleit ervoor deze

Elle cite des études qui montrent que les statines jouent un rôle essentiel dans la prévention des AVC. Les économies imposées visent le patient, qui n'est pas en mesure d'adapter lui-même son traitement. Certains patients présentent un taux élevé de mauvais cholestérol malgré une alimentation saine et équilibrée. Mme Désir est elle-même dans cette situation, car il s'agit d'une maladie héréditaire. Elle devra donc payer davantage pour rester en bonne santé. Or, des patients plus vulnérables n'auront pas les moyens d'assumer ces médicaments plus coûteux. Selon elle, il est incompréhensible que des personnes doivent choisir entre leur santé et leur portefeuille.

L'intervenante s'interroge sur la responsabilisation envisagée des mutualités. Il va de soi que celles-ci doivent contribuer activement à l'accompagnement des personnes en incapacité lors de leur retour au travail, tout comme il est normal qu'elles soient évaluées sur la qualité et l'intensité de leurs interventions. L'intention du gouvernement est-elle toutefois réellement de les sanctionner financièrement lorsque les personnes accompagnées ne reprennent pas le travail de manière effective? Leur ferait-on porter la responsabilité d'un résultat qui dépend largement de facteurs échappant à leur contrôle?

L'intervenante évoque le déficit budgétaire de 150 millions d'euros. Quelles mesures concrètes permettront de garantir que le secteur pharmaceutique apporte sa contribution? Elle constate un regain d'enthousiasme pour l'activation des patients.

Mme Désir revient sur la situation financière précaire des hôpitaux. Elle préconise un système qui garantisse à chaque patient un accès à des soins de qualité, indépendamment de ses moyens financiers. Or, ce système est à bout de souffle. Les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un spécialiste ne cessent de s'allonger, entraînant des retards possibles dans le diagnostic et le traitement. Le personnel soignant est épuisé, les indicateurs financiers sont dans le rouge.

Les hôpitaux sont en outre contraints de rationaliser et de réduire encore leurs dépenses. L'intervenante estime que les réformes envisagées ne pourront pas être mises en œuvre par les hôpitaux, qui sont au bord de la rupture.

Mme Natalie Eggermont (PVDA-PTB) souligne que l'augmentation du budget des médicaments n'est pas due aux médicaments d'usage courant, mais principalement aux nouveaux traitements innovants contre le cancer. Aucun débat sérieux sur ces budgets substantiels n'est possible, puisqu'ils dépendent de contrats secrets. Elle demande que ces chiffres soient rendus publics car

cijfers bekend te maken want elke burger heeft het recht te weten waaraan belastinggeld wordt besteed.

De spreekster vindt de uitspraak dat therapietrouw verbetert wanneer de prijs van de medicatie verhoogt merkwaardig. Er is inderdaad een grote uitdaging voor therapietrouw bij cholesterolverlagers, daar zijn al studies over gepubliceerd. Er werd zelfs gepoogd therapietrouw te verhogen door patiënten die hun medicatie correct nemen, financieel te belonen. De basis van wankel therapietrouw is dat geneesmiddelen die bijwerkingen vertonen, genomen worden voor kwalen die men eigenlijk niet voelt (zoals hoge bloeddruk of hoge cholesterol). Geen enkele studie staat dat duurdere medicatie leidt tot verhoogde therapietrouw, het tegendeel is eerder waar. Mensen zullen hun therapie staken omwille van het voorgenomen beleid. De spreekster stelt voor cardiologen naar het Parlement te halen om hun mening te geven over de voorgenomen maatregelen.

Het is niet correct dat patiënten met een hoog risico gespaard zullen worden. Er zijn nu heel veel mensen die een hoog risico hebben waarvoor het bewezen is dat ze nut hebben bij een statine. Zij zullen allemaal meer moeten betalen voor hun medicatie.

Levensstijlaanpassingen zijn essentieel maar mensen met een hoog risico komen er niet met enkel een aanpassing van de levensstijl. Uit de tabel met richtlijnen blijkt duidelijk dat vanaf dat iemand een hoog risico heeft, zowel in primaire als in secundaire preventie, levensstijlaanpassingen gecombineerd moeten worden met medicatie. De spreekster vraagt dat de leden luisteren naar de cardiologen wanneer ze aan de alarmbel trekken.

De spreekster verwijst naar de KCE-studie uit 2019. Er werd een tool ontwikkeld maar die tool maakt nog gebruik van de oude tabellen.

Mevrouw Eggermont stelt dat het correct voorschrijven van medicatie enkel maar kan wanneer de artsen gesensibiliseerd worden. Er is geen evidentie dat door de prijs te verhogen bij de patiënten de problemen effectief aangepakt worden.

De heer Bertels verwijst naar een BCFI-studie maar daar vindt de spreekster niets over terug. Bij het BCFI zijn er enkel de Folia maar daarin wordt verwezen naar de KCE-studie. De spreekster vraagt dat de heer Bertels die cijfers op basis waarvan hij hard maakt dat er zoveel oneigenlijk gebruik is, aan de leden van de commissie over te maken.

chaque citoyen a le droit de savoir à quoi l'argent du contribuable est affecté.

Elle trouve surprenante l'idée que l'observance thérapeutique s'améliore lorsque le prix des médicaments augmente. L'observance thérapeutique reste en effet un véritable défi en ce qui concerne les hypocholestérolémiants, comme l'ont montré plusieurs études. Des initiatives ont même été prises pour l'améliorer en récompensant financièrement les patients qui suivent correctement leur traitement. Le manque d'observance s'explique en grande partie par le fait que ces médicaments, qui peuvent provoquer des effets secondaires, sont prescrits pour des affections que le patient ne perçoit pas, comme l'hypertension ou l'hypercholestérolémie. Aucune étude ne prouve que des médicaments plus coûteux renforcent l'observance, au contraire: la politique envisagée risque d'inciter certains patients à interrompre leur traitement. La membre propose d'inviter des cardiologues au Parlement pour qu'ils donnent leur avis sur les mesures prévues.

Il n'est pas vrai que les patients à haut risque seront épargnés. En effet, il existe aujourd'hui un grand nombre de personnes à haut risque pour lesquelles il a été prouvé que les statines étaient bénéfiques. Elles devront toutes payer plus cher leurs médicaments.

Les modifications du mode de vie sont essentielles, mais pour les patients à haut risque, elles ne suffisent pas. Le tableau des recommandations montre clairement que, dès qu'une personne est à haut risque, en prévention primaire comme en prévention secondaire, ces changements doivent être associés à un traitement médicamenteux. L'intervenante demande aux membres d'écouter les cardiologues lorsqu'ils tirent la sonnette d'alarme.

Elle fait référence à l'étude du KCE de 2019. Bien qu'un outil ait été développé, le centre utilise encore les anciens tableaux.

Mme Eggermont insiste sur le fait que la prescription correcte des médicaments ne peut se faire que si les médecins sont sensibilisés à la question. Il n'existe aucune preuve que l'augmentation du prix pour les patients résolve réellement ces problèmes.

M. Bertels renvoie à une étude du CBIP, mais l'intervenante n'en trouve aucune trace. Le CBIP ne dispose que des articles Folia, lesquels se réfèrent quant à eux à l'étude du KCE. Elle demande dès lors à M. Bertels de communiquer aux membres les chiffres sur lesquels il s'appuie pour affirmer l'existence d'un usage inapproprié des statines.

De heer Jean-François Gatelier (Les Engagés) stelt dat de meerderheid van de burgers de op stapel staande hervormingen begrijpen. Er is overconsumptie. 2,5 miljoen Belgen nemen maagzuurremmers. De kleine prijsstijgingen houden het gezondheidssysteem op de rails en verhinderen dat we overgaan naar een gezondheidszorg op twee snelheden. De burgers verwachten dat hun zorgverstrekkers correct betaald worden, dat de wachttijden voor consultaties verminderen en dat hun kankerbehandeling volledig wordt terugbetaald.

De spreker pleit voor verantwoordelijkheid. Het gaat om toegang tot gezondheidszorg, maar dan op een algemene en verantwoorde manier.

De heer Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen) blijft op zijn honger. Wat is nu het netto gezondheidseffect van deze RIZIV-begroting?

Mevrouw Ludivine Dedonder (PS) stelt dat niet iedereen de prijsverhogingen voor statines en maagzuurremmers kan betalen. De mensen die cosmetische chirurgie ondergaan, zijn niet de patiënten waarover mevrouw Dedonder het heeft. De spreekster heeft het over de minst bedeelden. Ook hun leefomgeving en hun arbeidsomstandigheden leiden tot gezondheidsproblemen waardoor ze geneesmiddelen moeten slikken. De door de regering genomen maatregelen, waaronder de versoepeling van de arbeid, doet de gezondheidsproblemen toenemen.

De heer Gatelier stelt dat de mensen de maatregelen begrijpen. De spreekster heeft andere ervaringen. Ze ziet de woede bij de bevolking, de ongerustheid.

Het is voor de spreekster onbegrijpelijk dat de prijs van geneesmiddelen stijgt om een geneeskunde met twee snelheden te vermijden. Het zijn precies de voorgenomen maatregelen die geneeskunde met twee snelheden in de hand werken.

M. Jean-François Gatelier (Les Engagés) affirme que la majorité des citoyens comprennent les réformes en cours. Il existe une surconsommation: 2,5 millions de Belges prennent des antiacides. Les petites augmentations de prix permettent de maintenir le système de santé à flot et d'éviter de basculer vers un système de santé à deux vitesses. Les citoyens s'attendent à ce que leurs prestataires de soins soient correctement rémunérés, que les délais pour les consultations soient réduits et que leur traitement contre le cancer soit entièrement remboursé.

L'intervenant insiste sur la nécessité d'agir de manière responsable: il s'agit d'assurer l'accès aux soins de santé, mais de manière générale et raisonnable.

M. Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen) reste sur sa faim. Quel est, au juste, l'effet net sur la santé de ce budget de l'INAMI?

Mme Ludivine Dedonder (PS) souligne que tout le monde ne peut pas assumer les hausses de prix des statines et des antiacides. Les personnes ayant recours à la chirurgie esthétique ne sont pas celles qu'elle vise. L'intervenante se réfère aux plus défavorisés, dont l'environnement et les conditions de travail contribuent également à l'apparition de problèmes de santé, les obligeant à prendre des médicaments. Les mesures adoptées par le gouvernement, y compris l'assouplissement de la réglementation du travail, aggravent encore leur situation.

M. Gatelier affirme que les citoyens comprennent les mesures. La membre, quant à elle, constate une réalité différente. Elle voit une population en colère et inquiète.

Par ailleurs, l'intervenante trouve incompréhensible que le prix des médicaments augmente sous prétexte d'éviter une médecine à deux vitesses. Ce sont précisément ces mesures qui risquent de favoriser une telle médecine.

III. — ARTIKELSGEWIJZE BESPREKING EN STEMMINGEN

Artikel 1

Dit artikel bevat de constitutionele bevoegdheidsgrondslag.

Over artikel 1 worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 1 wordt eenparig aangenomen.

Art. 2 tot 4

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikelen 2 tot 4 worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 5

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 1* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

De indieners vragen om de artikelen met betrekking tot besparingen op ziekenhuisapotheken weg te laten, gezien de moeilijke financiële situatie waarin een groot deel van de ziekenhuizen zich bevindt.

Amendement nr. 1 wordt verworpen met 9 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Het ongewijzigde artikel 5 wordt aangenomen met 9 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Art. 6

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 2* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 1.

Amendement nr. 2 wordt verworpen met 9 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

Het ongewijzigde artikel 6 wordt aangenomen met 9 tegen 4 stemmen en 2 onthoudingen.

III. — DISCUSSION DES ARTICLES ET VOTES

Article 1^{er}

Cet article fixe le fondement constitutionnel de la compétence.

Il ne donne lieu à aucune observation.

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité.

Art. 2 à 4

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 2 à 4 sont successivement adoptés par 11 voix et 4 abstentions.

Art. 5

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 1* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Les auteures de l'amendement à l'examen demandent la suppression des articles concernant les économies prévues dans les pharmacies hospitalières, compte tenu de la situation financière précaire de nombreux hôpitaux.

L'amendement n° 1 est rejeté par 9 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'article 5 est adopté sans modification par 9 voix contre 4 et 2 abstentions.

Art. 6

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 2* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 1.

L'amendement n° 2 est rejeté par 9 voix contre 4 et 2 abstentions.

L'article 6 est adopté sans modification par 9 voix contre 4 et 2 abstentions.

Art. 7 tot 10

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikelen 7 tot 10 worden achtereenvolgens aangenomen met 12 stemmen en 3 onthoudingen.

Art. 11 en 12

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikelen 11 en 12 worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen en 4 onthoudingen.

Art. 13

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 3* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Dit amendement strekt tot weglating van de artikelen waarbij wordt beoogd de vergoedingscategorieën voor protonpompinhibitoren (PPI) en statines te wijzigen om de terugbetaling ervan terug te schroeven. Die geneesmiddelen zijn namelijk geen optionele behandelingen, maar zijn onmisbaar voor miljoenen patiënten in België. Een kostenverhoging zou de toegang tot die vitale behandelingen bemoeilijken.

Amendement nr. 3 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 13 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 14

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 4* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 3.

Amendement nr. 4 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 14 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 7 à 10

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 7 à 10 sont successivement adoptés par 12 voix et 3 abstentions.

Art. 11 et 12

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 11 et 12 sont successivement adoptés par 11 voix et 4 abstentions.

Art. 13

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 3* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

L'amendement à l'examen tend à supprimer les articles visant à modifier les catégories de remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et des statines, afin qu'ils soient moins remboursés. Ces médicaments ne sont en effet pas des traitements optionnels, mais sont essentiels pour des millions de patients en Belgique. Augmenter leur coût risquerait de restreindre l'accès à ces traitements vitaux.

L'amendement n° 3 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 13 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 14

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 4* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 3.

L'amendement n° 4 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 14 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 15

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 5* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 3.

Amendement nr. 5 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 15 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 16

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 6* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 3.

Amendement nr. 6 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 16 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 17

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 7* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 3.

Amendement nr. 7 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 17 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 18

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 8* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 3.

Art. 15

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 5* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 3.

L'amendement n° 5 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 15 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 16

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 6* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 3.

L'amendement n° 6 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 16 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 17

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 7* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 3.

L'amendement n° 7 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 17 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 18

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 8* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 3.

Amendement nr. 8 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 18 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 19

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 9 (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 3.

Amendement nr. 9 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 19 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 20

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 10 (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 3.

Amendement nr. 10 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 20 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 21

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen amendement nr. 11 (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Dit amendement beoogt de artikelen weg te laten die ertoe strekken voor in de publieke officina afgeleverde vergoedbare farmaceutische specialiteiten het remgeld per verpakking te verhogen. Die maatregel zal immers een financiële impact hebben op patiënten die geneesmiddelen voorgeschreven krijgen wegens hun zorgbehoeften en dreigt de gezondheidskloof te vergroten.

Amendement nr. 11 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

L'amendement n° 8 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 18 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 19

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 9 (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 3.

L'amendement n° 9 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 19 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 20

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 10 (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 3.

L'amendement n° 10 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 20 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 21

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'amendement n° 11 (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

L'amendement à l'examen tend à supprimer les articles visant à augmenter le ticket modérateur par conditionnement pour les spécialités pharmaceutiques remboursables délivrées en officine ouverte au public. Cette mesure aurait en effet des conséquences financières pour les patients à qui sont prescrits des médicaments en raison de leurs besoins de santé, et risque d'accroître les inégalités en matière de santé.

L'amendement n° 11 est rejeté par 9 voix contre 6.

Het ongewijzigde artikel 21 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 22

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 12* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 11.

Amendement nr. 12 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 22 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 23

De dames Ludivine Dedonder en Caroline Désir (PS) dienen *amendement nr. 13* (DOC 56 1195/002) in, dat ertoe strekt dit artikel weg te laten.

Er wordt verwezen naar de toelichting bij amendement nr. 11.

Amendement nr. 13 wordt verworpen met 9 tegen 6 stemmen.

Het ongewijzigde artikel 23 wordt aangenomen met 9 tegen 6 stemmen.

Art. 24 tot 26

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikelen 24 tot 26 worden achtereenvolgens eenparig aangenomen.

Art. 27 en 28

Over deze artikelen worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikelen 27 en 28 worden achtereenvolgens aangenomen met 11 stemmen en 4 onthoudingen.

L'article 21 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 22

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 12* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 11.

L'amendement n° 12 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 22 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 23

Mmes Ludivine Dedonder et Caroline Désir (PS) présentent l'*amendement n° 13* (DOC 56 1195/002) tendant à supprimer cet article.

Il est renvoyé à la justification de l'amendement n° 11.

L'amendement n° 13 est rejeté par 9 voix contre 6.

L'article 23 est adopté sans modification par 9 voix contre 6.

Art. 24 à 26

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 24 à 26 sont successivement adoptés à l'unanimité.

Art. 27 et 28

Ces articles ne donnent lieu à aucune observation.

Les articles 27 et 28 sont successivement adoptés par 11 voix et 4 abstentions.

Art. 29

Over dit artikel worden geen opmerkingen gemaakt.

Artikel 29 wordt aangenomen met 9 stemmen tegen één en 5 onthoudingen.

*
* *

Op verzoek van *mevrouw Dominiek Sneppe (VB)* zal de commissie, met toepassing van artikel 83.1 van het Reglement, overgaan tot een tweede lezing van de aangenomen artikelen van het wetsvoorstel.

De rapportrice,

Katleen Bury

De voorzitter,

Ludivine Dedonder

Art. 29

Cet article ne donne lieu à aucune observation.

L'article 29 est adopté par 9 voix contre une et 5 abstentions.

*
* *

À la demande de *Mme Dominiek Sneppe (VB)*, la commission procédera, en application de l'article 83.1 du Règlement, à une deuxième lecture des articles adoptés de la proposition de loi.

La rapporteure,

Katleen Bury

La présidente,

Ludivine Dedonder