

Commission de la Santé et de  
l'Égalité des chances

du

MARDI 09 MAI 2023

Après-midi

Commissie voor Gezondheid en  
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 09 MEI 2023

Namiddag

Le développement des questions et interpellations commence à 16 h 44. La réunion est présidée par M. Hervé Rigot.

De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 16.44 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hervé Rigot.

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

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

**01** Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concrétisation du plan antitabac (partie 1)" (55035789C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concrétisation du plan antitabac (partie 2)" (55035790C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les filtres à cigarette" (55036448C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La cigarette électronique" (55036450C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction des filtres à cigarettes" (55036496C)
- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les filtres de cigarettes" (55036503C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du CSS sur les filtres de cigarettes" (55036550C)

**01** Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De concretisering van het antitabaksplan (deel 1)" (55035789C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De concretisering van het antitabaksplan (deel 2)" (55035790C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sigarettenfilters" (55036448C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De e-sigaret" (55036450C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een verbod op sigarettenfilters" (55036496C)
- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sigarettenfilters" (55036503C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van de HGR inzake sigarettenfilters" (55036550C)

**01.01** Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, mes questions portent sur le plan anti-tabac, les filtres à cigarette et les cigarettes électroniques.

Ce n'est pas la première ni la dernière fois, je le crains, que je vous interroge à propos du plan anti-tabac. Une série d'annonces ont été faites, mais je voudrais surtout savoir où sont les concrétisations.

Je vous avais interrogé à ce propos en décembre dernier et vous m'aviez répondu que, d'ici au mois d'avril, il y aurait des limitations autour des terrains de sport, des stades et des activités pour la jeunesse.

Vous aviez dit qu'avant le mois de mars il y aurait un virage fiscal avec la suppression de la TVA sur les fruits et les légumes et l'augmentation de celle sur le tabac. Si la seconde est intervenue, il n'y a toujours rien pour les fruits et les légumes.

Vous aviez également annoncé que la Commission de remboursement des médicaments (CRM) proposerait un remboursement des thérapies de substitution nicotiques bien plus important que celui qui existe actuellement. Où en êtes-vous à ce sujet?

Vous aviez annoncé avoir préparé un arrêté royal concernant "notre pouvoir d'éloigner les gens des cigarettes, y compris des cigarettes électroniques". Où en est cet arrêté royal? Je n'ai rien vu à ce propos jusqu'à présent.

Vous aviez également annoncé une enquête annuelle relative à la consommation de produits de tabac à partir de 2023. Cette enquête sera-t-elle couplée, en 2023, à l'enquête de santé qui a lieu tous les cinq ans? Que peut-on attendre à cet égard?

Les différents points de la stratégie reprenaient des titres et beaucoup plus de flou. Le titre du premier point de la stratégie, par exemple, était la "mise en œuvre d'un registre de transparence des contacts entre l'industrie du tabac et les administrations et autorités publiques". Ensuite, dans l'indicateur, il est souligné que ce n'est qu'une décision quant à la nécessité d'un registre de transparence. Bref, il s'agit d'un net recul quant à ce registre de transparence. Pourquoi n'a-t-on pas simplement décidé de le mettre en œuvre et pourquoi faut-il encore décider s'il est nécessaire?

Même chose concernant la mise en place d'un système de collecte d'informations relatif aux effets des cigarettes électroniques sur la santé. Où en est le SPF Santé publique? Qui va collecter les données?

Le point 8.1 de la stratégie est relatif à l'interdiction de la vente des produits du tabac via automate dans les établissements horeca, les points de vente non permanents et les commerces alimentaires de plus de 400 m<sup>2</sup>. Il y est fait référence à la réalisation d'une étude alors qu'on dispose déjà de nombreuses données connues de tous sur le plan de la validation et de l'importance de diminuer le nombre de points de vente. Qu'en est-il? Pourquoi cela nécessite-t-il autant d'années en Belgique?

Pour ce qui concerne l'interdiction de l'exposition des produits du tabac en point de vente, c'est encore pire puisque cette question est reportée au 31 décembre 2025. Pourquoi une date aussi lointaine quand on veut avoir une ambition forte en matière de lutte contre le tabac? Au regard du nombre de patients qui souffrent des conséquences de la consommation de celui-ci et qui en meurent, il s'agit, selon moi, d'une urgence, et toutes les tergiversations sont suspectes.

Les filtres à cigarette sont également un sujet important. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) vient de publier un avis sur l'impact sur la santé publique, mais aussi sur l'environnement. Il conclut clairement que les filtres procurent un faux sentiment de sécurité, qu'ils ne présentent aucun avantage avéré au niveau de la prévention des effets néfastes du tabagisme sur la santé. Ils doivent être considérés comme un outil de marketing développé par l'industrie du tabac qui utilise "des allégations trompeuses et fait de la publicité pour des cigarettes légères ou douces", tout en expliquant que ces filtres exercent une forte pression sur la dimension environnementale. La recommandation du CSS est donc claire, à savoir l'interdiction des cigarettes avec filtre. Pourtant, en pratique, la seule référence aux filtres à cigarette dans votre stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac se trouve dans la description de la problématique qui concerne leur impact environnemental. Il me semble donc qu'il n'y plus là non plus matière à tergiverser. Comptez-vous donc revoir votre stratégie interfédérale pour interdire les cigarettes avec filtre, comme le recommande le CSS, et ce dans un délai le plus court possible?

Enfin, je voudrais aborder un troisième volet, qui concerne les vapoteurs. Dans la stratégie interfédérale 2022-2028, plusieurs chiffres sont mis en avant et se révèlent préoccupants en ce qui concerne les jeunes. En effet, c'est chez les 15-24 ans que le taux de consommation est le plus élevé, alors qu'ils

n'ont jamais fumé auparavant. Autrement dit, il ne s'agit pas pour eux d'un outil destiné à s'extraire de la dépendance à la cigarette et à se passer du tabac, mais véritablement d'une piste de lancement vers la consommation d'un produit apparenté à celui-ci et qui peut, dans certains cas, contenir de la nicotine. C'est donc inquiétant.

Dans cette stratégie, vous indiquez que la cigarette électronique peut être utilisée afin d'aider les fumeurs. Jusqu'ici, nous pouvons être d'accord. Ensuite, vous précisez: "Il y a cependant lieu de la réglementer strictement afin qu'elle soit utilisée pour l'aide à l'arrêt tabagique par des fumeurs sur une durée relativement brève. Elle ne doit pas être utilisée par des non-fumeurs." Or c'est évidemment l'inverse qui se produit. Rappelons aussi que c'est une stratégie récemment développée par l'industrie du tabac pour récupérer de nouveaux consommateurs de vapoteurs et amener un public qui ne consommait pas de tabac vers des produits qui y sont apparentés, voire vers des vapoteurs contenant de la nicotine, et ainsi compenser commercialement leurs pertes éventuelles de vente de cigarettes par celle de cigarettes électroniques.

Monsieur le ministre, quelles mesures allez-vous adopter pour que l'e-cigarette soit utilisée pour l'aide à l'arrêt tabagique sur une durée brève et pour qu'elle ne soit pas consommée par des non-fumeurs? Au moment de la libéralisation des cigarettes électroniques en Belgique, j'avais soumis plusieurs propositions en rappelant – ô combien! – qu'essayer d'attirer de nouveaux consommateurs, et surtout des jeunes, représentait un risque majeur. J'avais également prévenu que la banalisation était fort risquée. Malheureusement, je crains que nous ne soyons, depuis lors, tombés dans le pire piège que l'industrie du tabac nous ait tendu.

Le 13 décembre, vous m'aviez répondu avoir préparé un arrêté royal pour éloigner les gens de l'e-cigarette. Où est cet arrêté, six mois plus tard? Quel en est le contenu? Quand sera-t-il publié?

Enfin, *quid* du système de collecte d'informations sur les effets de l'e-cigarette?

**01.02 Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, ma question porte également sur les filtres à cigarette. Mme Fonck a fait le point sur la situation. Je ne referai pas le détail sur le contexte mais bien sur les actions qui sont attendues.

Cette interdiction devra faire l'objet d'un accord au niveau européen car nous ne pourrions y parvenir seuls. Il y a malheureusement un enjeu économique qui nécessitera cet accord. Monsieur le ministre, envisagez-vous de porter cette question au niveau du Conseil?

**01.03 Mieke Claes (N-VA):** Ons pleidooi ligt in de lijn van dat van mevrouw Fonck.

Zult u aandringen op een nationaal verbod en dus ook op een Europees verbod op filters?

Hoe ziet u de timing?

We konden lezen dat de Nederlandse regering sinds kort een verbod genegen is. Bent u van plan om met haar of andere regeringen in overleg te gaan?

Le **président**: Mme Els Van Hoof avait également une question. Malheureusement, elle ne pourra être présente parmi nous.

**01.04 Frank Vandebroucke, ministre:** Monsieur le président, je vais d'abord répondre aux questions concernant la concrétisation du plan anti-tabac, ensuite aux questions concernant les filtres, et enfin aux questions concernant la cigarette électronique. C'est beaucoup, mais il y avait quand même de nombreuses questions.

D'abord, en ce qui concerne notre plan anti-tabac, concernant l'action relative à la possibilité de mettre en œuvre une interdiction sur les terrains de sport, ainsi qu'aux entrées des bâtiments publics, dont les écoles et les hôpitaux, mes services ont réalisé une note détaillée à ce sujet, dont les points principaux ont été présentés aux membres du groupe de travail tabac le 21 avril.

Un premier échange entre les partenaires fédéraux a eu lieu. Tous les points de vue seront collectés lors d'une prochaine réunion du groupe de travail.

La note a été réalisée sur base de l'analyse de documents identifiés, par exemple des publications scientifiques, des réglementations en vigueur dans les pays européens et non européens, des sites web, etc; ainsi que sur base de consultation d'acteurs pertinents.

Mes services poursuivront le travail d'analyse pour l'étude de la mise en place d'une interdiction de fumer durant les activités de mouvements de jeunesse, pour laquelle l'échéance est prévue pour la fin du mois de juin.

En ce qui concerne l'idée de réduire la TVA sur des produits comme les fruits et les légumes, c'est toujours un sujet de débat au sein du gouvernement fédéral. Je poursuis évidemment ce débat avec mon collègue M. Van Peteghem.

Pour votre question relative au remboursement des thérapies de substitution nicotinique, le secrétariat de la commission de remboursement des médicaments n'a jusqu'à présent pas reçu de dossier de demande de remboursement pour ces dernières. La Fondation contre le Cancer est effectivement en contact avec certaines firmes pharmaceutiques à ce sujet. Deux d'entre elles ont examiné la possibilité d'introduire un dossier de demande et sont en train de préparer un tel dossier. C'est une bonne nouvelle, dans un contexte où c'est évidemment à l'industrie d'introduire une demande.

Afin de renforcer le cadre légal en ce qui concerne l'étiquetage, la composition et la notification des cigarettes électroniques, l'arrêté royal du 28 octobre 2016 a été modifié. Cet arrêté royal a été publié au *Moniteur belge* et entrera en vigueur le 7 juillet 2023 pour les grossistes et le 7 janvier 2024 pour les détaillants.

Dans cet arrêté royal, il est notamment prévu des règles pour les e-cigarettes sans nicotine, qui sont similaires à celles pour les e-cigarettes avec nicotine.

Parallèlement et afin de viser le même objectif, mes services finalisent actuellement une réécriture de l'arrêté royal relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des produits à base de tabac et produits à fumer à base de plantes.

Mes services ont notifié l'arrêté via TRIS à la fin du mois d'avril. Cet arrêté royal reprend les mesures prévues par le plan tabac et prévoit notamment des avertissements sanitaires combinés pour tous les produits à base de tabac à fumer, la présence d'un dépliant dans les unités de conditionnement et des règles plus strictes en matière de composition et de notification.

En ce qui concerne votre question relative à l'enquête annuelle sur la consommation de produits du tabac, la stratégie pour une génération sans tabac prévoit que celle-ci soit réalisée par Sciensano. Cependant, étant donné qu'il n'y a pas eu d'accord sur le financement de la stratégie et donc de cette action, la mise en œuvre de celle-ci dépendra des moyens supplémentaires qui pourraient être accordés à Sciensano. Si, comme je l'espère, cette action est financée, il reviendra à Sciensano d'organiser cette enquête annuelle concrètement et de trouver le meilleur moyen de l'articuler avec l'enquête de santé par interview qui a lieu tous les cinq ans.

Dans le document de la stratégie interfédérale 2022-2028 pour une génération sans tabac approuvé lors de la Conférence interministérielle Santé publique le 14 décembre 2022, la fiche 1.2 prévoit d'analyser la faisabilité de mettre en place un registre de transparence des contacts entre l'industrie du tabac et les administrations et autorités publiques. L'analyse se basera tant sur l'expérience des autres États parties à la convention, sur les registres de transparence existants et les éventuelles avancées concernant un registre de transparence pour l'ensemble des opérateurs économiques en Belgique que sur une consultation de partenaires pertinents. Le fruit de l'analyse effectuée sera repris dans une note détaillée dont les conclusions seront présentées aux membres du groupe de travail tabac d'ici au 31 décembre 2024 en vue d'une prise de décision éclairée sur la pertinence de créer un registre de transparence.

Pour procéder à la mise en place d'un système de collecte d'informations relatives aux effets des cigarettes électroniques sur la santé, notre plan prévoit d'analyser et d'inventorier les systèmes de collecte d'informations existants au sein de l'UE afin de proposer les meilleures pratiques permettant

d'organiser une collecte de données centralisées adéquates.

Pour pouvoir effectuer une veille sanitaire relative à la cigarette électronique sur les effets à long terme, le SPF Santé publique envisage, suite à l'analyse des systèmes de collecte cités ci-dessus, de créer un formulaire en ligne dans lequel les consommateurs et les professionnels de la santé pourront encoder des effets secondaires éventuellement constatés.

Concernant la mise en œuvre de l'action 8.1 du plan anti-tabac, il est prévu de modifier la loi de 1977 relative à la protection de la santé des consommateurs en ce qui concerne les denrées alimentaires et les autres produits.

Le plan anti-tabac prévoit que l'entrée en vigueur de la modification de la loi sera progressive à savoir une entrée en vigueur de l'interdiction de la vente via automates d'ici au 9 décembre 2023, l'interdiction de la vente des produits de tabac dans les établissements horeca dans les points de vente non permanents (festivals, etc) au 1<sup>er</sup> janvier 2025 et l'interdiction de la vente des produits du tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400m<sup>2</sup> pour le 1<sup>er</sup> janvier 2028.

Mes services travaillent à la préparation de cette future disposition et s'il s'avère possible de la mettre en œuvre plus rapidement, je ne manquerais pas de le proposer.

J'aborde à présent la question des filtres avant de revenir sur les cigarettes électroniques.

Het advies van de Hoge Gezondheidsraad over de filters is interessant. Aangezien het een Europese bevoegdheid betreft, bezorgen we het advies eerst aan de Europese Commissie. Wij denken dat de Europese Unie een belangrijke partner is en moet zijn in het streven naar een rookvrije generatie. Wij zullen het advies ook gebruiken om het Belgische standpunt tijdens de herziening van de SUP-richtlijn, de richtlijn betreffende *single-use plastic products*, die de Europese Commissie voor 2026 heeft aangekondigd, te bepalen. We zullen dan contact opnemen met andere lidstaten, in het bijzonder met Nederland, dat een denkoefening organiseert die in de lijn ligt van wat de Belgische Hoge Gezondheidsraad doet. Kortom, we moeten de SUP-richtlijn als wettelijk kader zien, dus een strikt Europees kader, en we willen het debat daar voeren op basis van het betreffende advies.

Mevrouw Fonck, u hebt een reeks vragen gesteld over de elektronische sigaret.

Je crois que dans vos questions spécifiques supplémentaires sur les cigarettes électroniques, vous faites peut-être référence à l'exemple de l'Australie, qui compte réserver la cigarette électronique aux fumeurs en possession d'une prescription médicale. Au sein de l'Union européenne, cette option n'est pas envisagée pour l'instant. Notre Conseil supérieur de la Santé n'a pas non plus préconisé un tel système, notamment parce que l'accès des fumeurs à la cigarette électronique doit rester assuré.

L'introduction d'une étape supplémentaire telle qu'une prescription médicale limite l'accès à la cigarette électronique en tant qu'outil potentiel de sevrage tabagique. Cela conforte le risque que les personnes souhaitant arrêter de fumer continuent à recourir aux produits conventionnels à base de tabac à certains moments, par exemple parce qu'elles n'ont plus d'ordonnance ou que la pharmacie est fermée.

Il est recommandé aux personnes souhaitant arrêter de fumer de se faire conseiller par un tabacologue afin d'encourager le sevrage tabagique. Le plan anti-tabac prévoit également l'ajout d'informations dans le dépliant, tant pour les produits de base à base de tabac que pour les cigarettes électroniques. À terme, le dépliant sera complété par des informations plus exhaustives sur les risques liés à l'utilisation du produit et sur les possibilités d'aide au sevrage tabagique, notamment par le biais d'une consultation auprès d'un tabacologue.

Par ailleurs, vous savez que le plan anti-tabac prévoit également des mesures visant à réduire l'accessibilité de la population aux produits de tabac, en ce compris la cigarette électronique. En conséquence, à travers la mise en œuvre de ces mesures – il s'agit notamment des mesures 8.1 et 8.2 –, il sera plus compliqué pour les non-fumeurs d'acquérir des cigarettes électroniques, ces dernières étant rendues plus difficilement accessibles, d'une part, à travers la première mesure relative à la réduction du nombre de points de vente et, d'autre part, à travers l'interdiction d'exposer les produits de tabac dans les points de vente (le *display ban*).

Ces deux mesures seront d'application respectivement en 2025, tant pour le *display ban* que pour l'interdiction de vente des produits de tabac dans les points de vente temporaires et dans les établissements horeca, et en 2028, pour l'interdiction des produits de tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400 m<sup>2</sup>.

Deuxièmement, il s'agit de la modification de l'arrêté royal du 28 octobre 2016 réglementant les cigarettes électroniques, publiée le 11 janvier 2023. Cet arrêté prévoit, pour les e-cigarettes et les e-liquides sans nicotine, une réglementation similaire à celle qui s'applique aux e-cigarettes contenant de la nicotine. Entre autres, ces produits doivent désormais être notifiés, leur composition sera plus strictement réglementée, ils doivent comprendre un avertissement sanitaire déconseillant leur consommation aux non-fumeurs. L'arrêté interdit également la commercialisation des cigarettes électroniques possédant des fonctionnalités attrayantes, qui ne sont pas utiles au fonctionnement de l'appareil – telles que des lumières, la coloration de la fumée, etc. Par ailleurs, cette décision prévoit une interdiction d'acheter à distance les cigarettes électroniques avec et sans nicotine. Cela complète l'interdiction de vente à distance, déjà en application. L'arrêté entrera en vigueur le 11 juillet prochain, donc tout prochainement. En outre le plan tabac contient plusieurs mesures visant à restreindre l'accès aux cigarettes électroniques.

Enfin, la mise en place d'un système de surveillance des effets des cigarettes électroniques sur la santé s'inscrit au niveau d'une collaboration internationale dans le cadre de la deuxième action commune de lutte contre le tabagisme. Un groupe de travail se penche sur cette question. Dans un premier temps, il a demandé des données à plusieurs centres anti-tabac. Le nombre de rapports est trop faible pour organiser, pour chaque État membre, une collecte d'informations spécifiques sur les cigarettes électroniques. La deuxième action de lutte commune contre le tabagisme analysera les incidents signalés et proposera une collecte de données harmonisées au sein de l'Union. Un tel système permettra aux utilisateurs et aux professionnels de la santé, voire à des tiers, de signaler des effets survenus au cours de – ou après – la consommation de cigarettes électroniques.

Le **président**: Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse détaillée.

**01.05 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, ma réplique portera sur trois volets.

Pour ce qui concerne le tabac, je vous avoue que je ne comprends pas. Quand Mme De Block occupait votre poste, on voyait très bien combien la puissance économique du lobby la freinait dans ses actions. Mais je dois constater qu'en la matière, vous faites preuve de la même lenteur au niveau d'actions qui sont pourtant évidentes et qui doivent absolument s'imposer et se concrétiser de manière rapide et même urgente. Je ne comprends pas pourquoi vous faites preuve d'une telle froideur en matière de stratégie pour lutter contre le tabagisme. Ce sont, chaque année, des milliers de nouveaux patients qui en souffrent et qui en meurent précocement. Ce sont des milliers de jeunes qui commencent à fumer. Ce sont des milliers de cancers et de pathologies cardiovasculaires en plus. Pourtant, en Belgique, la stratégie pour lutter contre le tabagisme est très lente. Alors qu'initialement, nous étions plutôt à la pointe, nous avons reculé massivement. Nous sommes devenus des suiveurs et des ralentisseurs dans la sphère européenne de lutte contre le tabac en matière de législation et encore plus au niveau des leviers fédéraux qui sont pourtant prioritaires, urgents et dont on sait qu'ils sont efficaces pour freiner l'accès au tabac, et pour aider à arrêter de consommer celui-ci.

Pour ce qui concerne les filtres à cigarette, je conçois qu'il y a l'Europe, etc. Mais je vois un mouvement au niveau européen avec des prises de position assez fortes de la part de différents ministres de la Santé de plusieurs États membres. La concrétisation pourra avoir lieu au niveau européen, si on a un peu de leadership, si plusieurs États membres font preuve de courage. Ne soyons pas les derniers à réagir! Certes, vous n'êtes pas le seul compétent en la matière, il y a aussi le gouvernement. Mais la manière avec laquelle la stratégie interfédérale a été mise en place, avec le report de certaines décisions pourtant importantes à 2028 m'amène à penser que le gouvernement risque d'adopter la même attitude vis-à-vis des filtres à cigarette.

Je demande en la matière, monsieur le ministre, que vous ayez le courage de vous avancer et, s'il n'y a pas encore de décision européenne d'ici là, de mettre ce sujet à l'ordre du jour lorsque la Belgique aura la présidence de l'Union européenne.

Enfin, concernant le vapotage, quel temps perdu! Les notifications, les avertissements sanitaires, un

packaging neutre, le scandale des produits avec des publicités pour enfants sur le packaging... On a laissé, en Belgique, toute la liberté à la stratégie de l'industrie du tabac de développer ce marché et ces produits alternatifs à la cigarette qui font fureur et sont pourtant responsables du fait que beaucoup de jeunes et moins jeunes commencent à fumer. Il y a eu là un laxisme coupable, que je retrouve aussi sur internet. En effet, malgré l'interdiction de la publicité pour la cigarette électronique en Belgique, sur internet vous trouvez des entreprises qui ont pignon sur rue en Belgique et qui font de la publicité pour le vapotage. La législation n'est même pas vérifiée. Je demande que l'on sorte de ce laxisme coupable, pour protéger les jeunes et les moins jeunes et protéger la santé.

*Président: Thierry Warmoes.*

*Voorzitter: Thierry Warmoes.*

**01.06 Mieke Claes (N-VA):** Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord, ook al is het beknopt. Ik begrijp dat het verbod een Europese bevoegdheid is, maar het is in mijn ogen belangrijk dat België snel een duidelijk, krachtig standpunt inneemt om een Europees verbod tot stand te brengen. In het antitabaksplan duiken de filters alleen op in het onderdeel over milieu. Mevrouw Fonck verwees er ook al naar. Nu verwijst u naar de richtlijn betreffende *single-use plastic*, maar ook op gezondheidsvlak is het voor ons absoluut een no-brainer. Het kan niet de bedoeling zijn dat rookgemak wordt gestimuleerd in tijden waarin we roken zo zwaar willen ontmoedigen.

We hopen dan ook dat de invoering van het verbod niet op de lange baan wordt geschoven, want 2028 is nog heel ver. Laten we dat toch vroeger van toepassing maken.

**01.07 Hervé Rigot (PS):** Monsieur le ministre, je crois que Mme Fonck et Mme Claes ont mis en avant ce qui nous rassemble toutes et tous ici en commission de la Santé, à savoir l'évidence que le tabac est un véritable fléau et qu'il faut se donner à toutes et tous les moyens de lutter fortement et efficacement contre ce fléau.

En ce qui concerne la question du filtre à cigarette, c'est un pas important qu'on doit franchir aujourd'hui. Ce filtre contribue au fléau et est véritablement un instrument qui sert l'économie du tabac et qui dessert la santé. Ce filtre laisse penser qu'une cigarette est agréable à fumer, qu'on aura moins d'effets nocifs en fumant une cigarette avec lui que sans lui, ce qui est faux, c'est même le contraire.

Ce filtre est aussi un fléau environnemental. Bref, un facilitateur pour celles et ceux qui, à un moment donné, sont tentés par la cigarette et, malheureusement, un facilitateur d'assuétude. Il faut trouver les moyens de mener à bien une politique à l'encontre des industries du tabac, un moyen ferme. Je sais que le combat ne sera pas simple et qu'il ne dépend pas que de vous ou de la Belgique, mais on ne peut pas rester aveugle et sourd à des études claires et nettes qui montrent qu'il est temps de prendre des mesures pour interdire le tabac et, dès lors, contribuer à une action préventive, à tout le moins à l'égard des fumeurs potentiels et des fumeurs malheureusement déjà atteints par cette assuétude. Je vous remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

## **02** Questions jointes de

- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie pour les enfants dont le QI est inférieur à 86" (55035793C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des soins logopédiques" (55036451C)
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus de remboursement des frais de logopédie pour les enfants au QI inférieur à 86" (55036515C)

## **02** Samengevoegde vragen van

- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86" (55035793C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedische zorg" (55036451C)
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-terugbetaling van de kosten voor logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86" (55036515C)

**02.01** Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, c'est la énième fois que je reviens sur ce dossier de l'exclusion du remboursement de la logopédie pour un certain nombre de personnes et un certain nombre d'enfants dont les enfants au QI inférieur à 86 et des personnes qui ont un trouble secondaire dû à une affection psychiatrique.

En 2019, je me suis battue sur ce sujet. La Chambre avait alors adopté une loi qui confiait au Roi la mission de fixer les règles de cumul. J'aurais préféré une loi d'application immédiate mais la majorité a voulu qu'on renvoie la mission à un arrêté royal. Cette loi renvoyait également à une étude qui devait être réalisée. Cela remonte à 2019. Nous sommes en mai 2023. La dernière fois que je vous ai interrogé pour savoir où en était cette étude, c'était le 14 juin 2022.

À ce moment-là, soit trois ans après la loi votée en 2019 qui était censée s'appliquer tout de suite, vous m'aviez répondu que l'étude n'avait pas encore démarré et qu'elle avait été confiée au KCE. Vous me répétiez encore et toujours, comme à chaque fois que vous vous exprimez à ce sujet, le maximum de réserves sur ce remboursement aux enfants dont le QI est inférieur à 86 y compris pour des enfants scolarisés dans des établissements conventionnels et non pas dans des établissements pour enfants porteurs de handicap. Vous freiniez toujours des quatre fers. Vous déclariez notamment que ce n'était pas vous mais bien les représentants des logopèdes qui l'avaient décidé. Cette semaine, la présidente de l'Union Professionnelle des Logopèdes Francophones s'est de nouveau exprimée pour dénoncer elle aussi une terrible injustice par rapport à ces enfants. Votre argument selon lequel ce serait les logopèdes eux-mêmes qui ne voudraient pas ne tient pas la route.

Par ailleurs, le Groupe d'Action qui dénonce le Manque de Places pour personnes handicapées de grande dépendance (GAMP) a rédigé tout récemment un dossier sur cette thématique en vue de notre échange dans lequel il conteste vos différents arguments.

Monsieur le ministre, je ne peux imaginer que vous n'ayez pas pris connaissance des contre-arguments développés par le GAMP. Que répondez-vous aux familles, aux acteurs de terrains, aux parents de ces enfants qui supportent les coûts liés à la prise en charge logopédique de leur enfant ou de leur jeune souffrant de handicap? Le refus de prise en charge des soins logopédiques constitue, au-delà d'une violation des droits, un acte volontaire de condamnation des enfants autistes à développer des sur-handicaps tout au long de leur vie par défaut de soins. Monsieur le ministre, il s'agit là véritablement d'un abandon de ces enfants.

**02.02** Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le ministre, Florine, comme de nombreux autres enfants atteints de déficience mentale, n'a pas droit au remboursement de ses séances de logopédie, pour la simple raison que son quotient intellectuel est inférieur à 86.*

*La petite fille n'a quasi aucun moyen de se faire comprendre, car elle souffre de troubles du comportement du spectre autistique. Or nous savons à quel point le langage est essentiel! Il faut qu'elle puisse développer un langage fonctionnel pour qu'elle puisse se débrouiller à l'école ou dans d'autres endroits.*



*Les parents ne peuvent se permettre qu'une demi-heure de logopédie par semaine, 30 euros ce qui représente un sacrifice financier pour la famille.*

*Parfois, il arriverait même que des enfants comme elle soient refusés chez des logopèdes car ils ne rentreraient pas dans le quota que les professionnels doivent atteindre chaque année pour obtenir des primes. D'autre part, il y a d'autres problèmes. Ainsi, en province de Luxembourg, il n'y a pas de centre de réadaptation ambulatoire. Une famille d'Arlon devrait donc se rendre à Namur.*

*En 2020, la ministre fédérale de la Santé avait déjà reçu une recommandation relative au remboursement des frais de logopédie par l'assurance soins de santé pour les enfants ne répondant pas aux conditions de la nomenclature en matière de quotient intellectuel.*

*Pouvez-vous nous dire pourquoi nous en sommes toujours au même point et ce qui justifierait le refus de remboursement?*

*Que répondez-vous à l'appel des parents et des professionnels qui réclament un changement?*

**02.03 Frank Vandenbroucke**, ministre: Mesdames, comme dans mes réponses précédentes, je tiens à souligner qu'il est évidemment important que des patients bénéficient d'une prise en charge logopédique adéquate.

J'ai effectivement pris connaissance du dossier du groupe d'action qui dénonce le manque de places pour personnes handicapées de grande dépendance et de ses arguments.

Je rappelle que la limite du quotient intellectuel de 86 ou plus fixée pour la prise en charge de la logopédie monodisciplinaire dans le cadre de la nomenclature des prestations de logopédie ne concerne que la prise en charge des troubles du développement du langage oral et de la dysphasie (2B deuxième, 2F). Les autres troubles logopédiques de la nomenclature n'étant pas concernés par cette exclusion.

Le quotient intellectuel du patient doit être supérieur à 86 pour obtenir un accord de traitement en cas de troubles du langage oral ou de dysphasie.

La commission de convention logopèdes-organismes assureurs estime que les enfants dont le quotient intellectuel est plus faible ont évidemment besoin de logopédie, mais qu'un traitement pluridisciplinaire dispensé dans un centre de rééducation ambulatoire est plus adapté dans leur cas. En effet, le traitement monodisciplinaire est moins efficace car il n'y a pas de consultation et d'interaction continue et intensive avec les autres disciplines médicales et paramédicales.

L'intention est donc d'orienter l'enfant vers la meilleure solution pour lui.

Concrètement, ces traitements multidisciplinaires ont lieu dans le cadre de centres de rééducation ambulatoire, où les patients sont répartis en groupes-cibles, notamment en fonction de leur QI, y compris pour les patients avec un QI inférieur à 86.

Vous indiquez qu'en province de Luxembourg, il n'y a pas de centre de réadaptation ambulatoire. Il apparaît certes que les structures concernées ne sont pas assez nombreuses, sont dispersées et inégalement réparties géographiquement, affichent des listes d'attente très longues ou encore n'offrent qu'une prise en charge moins intensive que souhaitée, en tout cas moins intensive que la logopédie monodisciplinaire en nomenclature.

Je reconnais évidemment qu'il est regrettable que dans certaines régions, les autorités compétentes n'assurent pas ou n'ont pas assuré un approvisionnement suffisant en ce qui concerne cette prise en charge des soins logopédiques. Dans vos questions, vous parlez d'un refus de réforme de ma part; mais comme indiqué dans différentes réponses précédentes à ce sujet, je ne possède pas de compétences dans les domaines concernés, en particulier les centres de rééducation ambulatoire, qui sont de la compétence des entités fédérées depuis la sixième réforme de l'État. Je n'ai par ailleurs pas de compétences dans l'enseignement spécialisé ni l'enseignement en général.

Vous pourriez donc vous adresser aux ministres compétents des Régions pour leur soumettre ces

difficultés car elles relèvent des leurs compétences.

Vous vous référez dans vos questions à une recommandation de 2020 relative au remboursement des frais de logopédie par l'assurance soins de santé pour les enfants ne répondant pas aux conditions de la nomenclature en matière de quotient intellectuel. Dans ce cadre, la loi du 8 mai 2019 stipule que le Roi fixe les règles du cumul d'une logopédie monodisciplinaire avec une rééducation pluridisciplinaire pour les enfants atteints d'un trouble d'intelligence défini, comme un QI de performance ou non-verbal ou un quotient développemental de moins de 86.

Compte tenu de la situation, une analyse approfondie me semble appropriée avant de rédiger un arrêté royal. Il est envisagé de confier au KCE une étude concernant l'introduction d'une possibilité de cumul éventuel entre les interventions en logopédie monodisciplinaire, d'une part, via l'assurance soins de santé obligatoire fédérale, et d'autre part, un traitement pluridisciplinaire en centre de rééducation ambulatoire, de la compétence des entités fédérées. Cette étude n'est actuellement pas incluse dans les études planifiées du KCE. Le KCE examine toujours la possibilité de mener cette étude à l'avenir.

Dans l'attente de nouveaux développements, l'intention actuelle est donc d'orienter l'enfant ayant un QI inférieur à 86 vers la meilleure solution pour lui, c'est-à-dire un traitement pluridisciplinaire au sein des centres de rééducation ambulatoires.

S'agissant des soins logopédiques pour les enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme, je voudrais également souligner que la commission de convention logopèdes-organismes assureurs est évidemment consciente de la situation sur le terrain. Lors de sa dernière réunion du 27 avril 2023, par exemple, un point de l'ordre du jour a été abordé sur les soins logopédiques et le trouble du spectre de l'autisme. Dans ce contexte, la commission envisage d'examiner les possibilités d'inclure les soins logopédiques pour les enfants avec un autisme du niveau de sévérité 1 à la nomenclature de logopédie monodisciplinaire. Cette analyse bénéficie du soutien de l'Union professionnelle des logopèdes francophones et d'autres partenaires.

Pour être clair, il s'agit de la commission de convention logopèdes-organismes assureurs, avec les représentants des organisations professionnelles et des mutualités, qui fait des propositions de modification de la nomenclature fondées sur des données scientifiques.

En outre, ces propositions devraient également tenir compte du cadre juridique, organisationnel et budgétaire d'affectation. J'examinerai en profondeur une telle proposition de la commission.

**02.04 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous venez ici lire vos papiers. Vous restez *stricto sensu* sur vos règlements, sur vos répartitions de niveaux de pouvoir. Chaque ministre concerné - et c'est vrai qu'ils sont plusieurs - ne fait que renvoyer vers l'autre. Avec ce qu'il se passe ici par rapport à ces enfants qui restent sur le carreau pendant ce temps-là, année après année, je trouve humainement inacceptable de venir répondre, comme vous le faites, sur un ton purement réglementaire. Est-ce trop demander à des ministres dans ce pays de se dire que depuis des années, vous avez des enfants et des familles qui sont ballotées et laissées de côté? Est-ce trop compliqué de comprendre que vous pouvez, lors d'une Conférence interministérielle – où vous vous voyez tous les mois ou tous les trois mois – mettre ce point à l'agenda et discuter ensemble non pas d'histoires de règlements et de répartition de compétences mais de la réalité de ces enfants et de ces familles?

Un enfant, ce n'est pas un bout de papier. Un enfant, c'est autre chose que des règlements, que des répartitions institutionnelles. Un enfant porteur de handicap ou avec un QI à 86 n'est pas le même qu'un autre enfant. Vous avez des enfants avec des QI à 86 ou en dessous qui sont scolarisés dans l'enseignement conventionnel, qui ne sont pas dans l'enseignement spécialisé, qui ne sont pas nécessairement en lien avec un CRA. Est-ce si compliqué, monsieur le ministre? J'attendais de vous quelque chose qui soit un peu plus humain.

Monsieur le ministre, le pire de tout cela, c'est que même en admettant qu'on s'écarte de l'aspect humain de ces enfants et de ces familles qui sont mis de côté, que va-t-il se passer dans cinq ou six ans? Ils auront été moins bien scolarisés. Ils seront moins bien intégrés socialement. Ils seront moins bien intégrés et auront moins de chances de pouvoir être intégrés dans un travail ou un travail adapté. Cela coûtera bien plus cher à la sécurité sociale. Même sur le plan strict du budget de la sécurité sociale, votre intérêt et l'intérêt de la sécurité sociale est de s'assurer que ces enfants puissent

effectivement s'intégrer le mieux possible, y compris en bénéficiant de soins de logopédie s'ils en ont besoin, comme tous les autres enfants.

**02.05 Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Je suis également déçue par cette réponse. En effet, vous êtes économiste et vous êtes capable de réaliser des analyses d'incidences et de calculer à la marge le fait de ne pas rembourser des consultations pour des enfants qui ont un QI de 86 – alors que la moyenne est de 90 – et qui ne pourront pas bénéficier d'un apprentissage du langage avant d'être scolarisés dans l'enseignement spécialisé ou d'aller dans un centre de réadaptation de l'enfant (CRA). Évidemment, comme vous l'avez dit, c'est encore une fois la faute du Luxembourg, qui ne dispose pas de CRA dans sa région.

Or, il est prouvé scientifiquement que la logopédie permet, dès le plus jeune âge, à ces enfants de se développer, de participer à un enseignement qui sera peut-être normal et ainsi de mieux participer à la société. Mais non, le calcul est ici purement administratif, et je ne peux vraiment pas le comprendre. Vraiment pas...

**02.06 Frank Vandenbroucke**, ministre: Je voudrais quand même réagir.

Premièrement, ce n'est pas une question administrative. La multidisciplinarité est dans l'intérêt de l'enfant. Dans l'intérêt de l'enfant!

Deuxièmement, Ecolo est présent dans le gouvernement qui est responsable au niveau régional. Adressez-vous aux ministres régionaux qui sont responsables politiquement et compétents!

Même chose pour Mme Fonck, d'ailleurs: s'il y a une attitude qui est inhumaine, c'est celle des ministres qui sont compétents! Au niveau fédéral, nous ne sommes pas compétents pour ces institutions. Dès lors, s'il y a une pénurie, dites aux ministres compétents des Régions que eux sont inhumains! Madame Hennuy, adressez-vous à votre parti dans le gouvernement compétent!

**02.07 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous n'êtes pas compétent pour la logopédie comme traitement pour des enfants qui ont un quotient intellectuel (QI) en-dessous de 86. Avez-vous déjà fait un test de QI, monsieur le ministre? En avez-vous fait passer un à un enfant? Pensez-vous qu'il s'agit d'une science exacte? Rien que pour cette raison, je serais déjà terriblement mal à l'aise à votre place. Car il y a sans doute des erreurs. Par ailleurs, la multidisciplinarité est dans l'intérêt de l'enfant. C'est assez vrai. Mais abandonner les enfants et empêcher qu'ils soient soignés, soit parce qu'ils n'ont pas accès...

**02.08 Frank Vandenbroucke**, ministre: Ils sont abandonnés par les Régions! Prenez votre responsabilité là où vous êtes compétents!

**02.09 Catherine Fonck** (Les Engagés): Si vous vous énervez, c'est que vous êtes gêné aux entournures. À votre place, je le serais d'ailleurs encore plus!

Abandonner les enfants, ne pas les prendre en charge, les laisser sur le côté, ne pas se mettre au clair avec un autre ministre quand on est ministre soi-même... Il est tellement facile de déclarer au Parlement: "ce n'est pas moi, c'est l'autre". J'en ai ras-le-bol d'entendre ça. C'est encore bien plus grave que de dire ici que la multidisciplinarité est à l'avantage de l'enfant. Les abandonner, c'est gravissime pour les enfants et les familles concernées. C'est la énième fois que je retente d'en parler avec vous et c'est aussi pour cette raison que je ressens un certain énervement. Je reviens constamment vers vous! Vous êtes obligé d'appliquer la loi, et vous ne le faites pas, depuis quatre ans. Ce n'est pas le premier dossier où vous vous asseyez sur une loi. Ici, il s'agit de la loi votée en 2019. Tout cela, sur le dos des enfants. Là, je ne suis plus d'accord avec vous.

Prenez votre téléphone, appelez la ministre socialiste de la Région wallonne. Je m'en fous des histoires de Parlements. Quand on vient avec de bons arguments, vous ne bougez pas ou ne bougez que quinze jours après pour pouvoir vous en vanter dans la presse. Est-il si compliqué d'inscrire ce dossier à l'ordre

du jour de la Conférence interministérielle et d'essayer de régler ce problème en face à face avec vos collègues? Ne serait-il pas possible d'imaginer une disposition temporaire le temps de développer des CRA supplémentaires? Des solutions simples, logiques, qui partent de la réalité des familles, des enfants, et d'abord pour leur santé.

Le **président**: Merci madame Fonck, j'invite tout le monde à rester calme pour les prochains sujets.

**02.10** **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je suis sidérée par cette manière qu'ont les ministres de se renvoyer systématiquement la balle. En effet, une Conférence interministérielle permet de se mettre d'accord sur un sujet donné. En l'occurrence, certaines zones sont dépourvues de CRA de sorte que ces enfants restent inscrits sur des listes d'attente interminables. Dans les régions concernées, les parents doivent faire appel à des logopèdes et rembourser 30 euros par séance. Ils ne peuvent pas se le permettre, mais c'est leur seule solution. Ils ne vont tout de même pas attendre que leur enfant ait 18 ans!

**02.11** **Frank Vandebroucke**, ministre: Mais que la Région prenne ses responsabilités, madame Hennuy!

**02.12** **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Avec le fédéral, pour trouver des solutions provisoires!

Le **président**: Nous allons clore l'incident.

**02.13** **Frank Vandebroucke**, ministre: Que les ministres régionaux Ecolo prennent leurs responsabilités!

Le **président**: Je pense que les positions respectives de chacun sont claires.

**02.14** **Catherine Fonck** (Les Engagés): (*Hors micro*)

Le **président**: Oui, mais alors brièvement, parce que nous n'allons pas passer tout l'après-midi là-dessus... Monsieur le ministre, si vous interrompez, je dois redonner la parole aux membres, puisque le dernier mot revient au Parlement.

**02.15** **Frank Vandebroucke**, ministre: Absolument.

Le **président**: Je comprends que cela puisse vous frustrer, mais c'est ainsi.

**02.16** **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, ce dossier démontre une chose: vous préférez apparaître comme un ministre voulant tout régionaliser, au lieu de penser aux patients.

**02.17** **Frank Vandebroucke**, ministre: Non.

Le **président**: Je propose de clore à présent. Mme Fonck a encore six questions à poser.

**02.18** **Frank Vandebroucke**, ministre: Oui...

Le **président**: J'ignore si elles sont aussi émotionnelles. Du reste, je ne me prononcerai pas à ce sujet.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**03** Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les modifications de remboursement du dosage de l'urée" (55035795C)

**03** Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wijzigingen in de terugbetaling voor de dosering van ureum" (55035795C)

**03.01** Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, le 28 mars dernier, je vous interrogerais sur les modifications de remboursement du dosage de l'urée. À l'époque, vous m'aviez répondu que vos services vous avaient transmis un projet de réponse que vous n'aviez pas trouvé adéquat et vous m'aviez dit que vous m'enverriez une réponse par lettre, ce que vous avez d'ailleurs fait.

Dans ce courrier, vous me répondez que "cette mesure a été prise à l'initiative du Conseil technique médical" et vous ajoutez que "des néphrologues ont été contactés par les membres lors de l'élaboration de cette mesure".

Comme j'ai été personnellement alertée par le Groupement des Néphrologues Francophones de Belgique qui m'a dit ne pas avoir été mis au courant de cette mesure et ne pas avoir été concerté, je voudrais savoir quels sont les néphrologues qui ont donné un avis. À quelle date? Pouvez-vous me transmettre une copie de cet avis?

Par ailleurs, puisque cet arrêté royal vise à établir une formule – sans la définir – du débit de filtration glomérulaire (estimation de la fonction rénale), pouvez-vous m'indiquer à quelle formule de clairance vous faites référence? Il existe différentes formules que je ne citerai pas ici. Mais aucune des trois n'a été validée sur le plan scientifique pour les patients âgés de plus de 70 ans. *L'Evidence-Based*, c'est dans tous les sens et pour tout le monde. Je suis donc curieuse de savoir quelle est votre *Evidence-Based* en la matière, monsieur le ministre.

**03.02** Frank Vandebroucke, ministre: Madame Fonck, la modification du remboursement des dosages de l'urée a été examinée en séance plénière du Conseil technique médical (CTM) le 28 juillet 2020 et en Medicomut le 7 décembre 2020. Lors de sa réunion du 6 janvier 2021, la commission du contrôle budgétaire a examiné le dossier mentionné et a rendu un avis positif. C'est pourquoi le Comité de l'assurance a décidé, lors de sa réunion du 11 janvier 2021, de me transmettre cette proposition de modification de la nomenclature des prestations médicales. Tous les comptes rendus de ces réunions sont disponibles.

L'INAMI n'a pas invité des néphrologues aux réunions du CTM ou de ses groupes de travail. Les membres eux-mêmes contactent leur base lorsqu'ils discutent des propositions. Ils ont indiqué qu'ils avaient également contacté des néphrologues. L'INAMI ne dispose pas de ces noms et estime qu'il n'est pas opportun d'interroger maintenant les membres, étant donné qu'une procédure juridique est en cours. Voici la réponse qui m'a été communiquée.

**03.03** Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, c'est un peu facile. On a interrogé des néphrologues, comme s'ils étaient sur la planète mars et qu'ils étaient nombreux à avoir donné cet avis! Je reste avec un très grand flou sur la manière avec laquelle vous avez décidé dans ce dossier. Certes, vous voulez faire des économies et vous raclez tout là où vous pouvez.

Je reste perplexe quant à la manière avec laquelle cet arrêté est rédigé à partir du moment où aucune formule de calcul de clairance n'a été validée pour les personnes âgées et je vous redis ce que j'avais dit l'autre fois. Le rapport de l'urée sur la créatinine, c'est en fait un ratio important dans la pratique de la néphrologie, davantage encore chez les patients âgés, y compris dans un certain nombre de cas pour détecter des situations de déshydratation à l'origine d'une insuffisance rénale.

Pour toutes ces raisons, je crains que, par cette disposition, on fasse des diagnostics parfois plus tardifs ou qu'on passe à côté de certaines situations, avec alors des insuffisances rénales à la clé qui n'auront pas été traitées de la manière la plus adéquate et qui entraîneront peut-être des coûts supplémentaires. Je vous avoue que je reste avec un immense point d'interrogation sur la manière avec laquelle vous avez pratiqué et vous persistez à pratiquer.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**04** Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'adoption et la mise en oeuvre d'un nouveau plan cancer" (55035796C)

**04** Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De goedkeuring en de uitvoering van een nieuw kankerplan" (55035796C)

**04.01** Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le ministre, dans votre note de politique générale, vous faisiez référence à "De meilleurs soins et une meilleure qualité de vie pour les personnes atteintes de cancer." Vous annoncez différentes mesures dont certaines ont déjà été adoptées (forfait pour le refroidissement du cuir chevelu et forfait pour le refroidissement des mains et pieds pour les patients traités par chimiothérapie).*

*La Fondation contre le cancer, dans son baromètre 2021, recommandait "l'organisation de consultations interdisciplinaires avec tous les acteurs intra- et extrahospitaliers en vue de la rédaction, dans les meilleurs délais, d'un nouveau plan national cancer" et précisait les besoins et priorités.*

*En novembre dernier, en réponse à des questions parlementaires, vous indiquiez que "Les principaux axes de ce plan sont les soins, la qualité, l'accessibilité et le développement des connaissances, tout en accordant une attention spécifique aux enfants et aux jeunes. (...) Dans les prochaines années, nous concentrerons nos efforts sur les soins relatifs aux tumeurs de la tête et du cou et aux cancers des ovaires (...) Pour les jeunes de 16 à 35 ans touchés par le cancer, des équipes de soins spécifiques chargées de l'accompagnement psychosocial seront mises en place. En ce qui concerne le dépistage du cancer du col de l'utérus dans la tranche d'âge des 30 à 65 ans, le test PVH deviendra le test de dépistage primaire. Pour ce qui est de la poursuite du développement des directives en matière de pratique clinique, nous accorderons une attention particulière aux soins psychosociaux et aux soins prodigués après un cancer. Le plan européen pour vaincre le cancer et la Mission Cancer de la Commission européenne peuvent contribuer à améliorer le traitement du cancer en Belgique. C'est dans ce but que j'ai confié le groupe miroir sur le plan européen pour vaincre le cancer au Centre du Cancer de Sciensano."*

*Monsieur le ministre,*

*Où en est la rédaction de ce nouveau plan cancer?*

*Où en sont les concertations avec les acteurs de terrain sur les prioritaires à mettre en œuvre en matière de lutte contre le cancer, de dépistage, d'accompagnement et de soins pour les patients souffrant du cancer?*

*Quelles mesures comptez-vous encore adopter durant cette législature pour lutter contre le cancer et en faveur des patients atteints d'un cancer?*

**04.02** Frank Vandenbroucke, ministre: *Madame Fonck, ma cellule stratégique, en collaboration avec l'INAMI, le SPF Santé publique et Sciensano, a développé un nombre de mesures spécifiques pour la stratégie de lutte contre le cancer. Les points d'action développés sont basés en partie sur le baromètre du cancer publié par la Fondation contre le cancer, au début de l'année 2022, qui reflétait des lacunes et des recommandations pour la politique de lutte contre le cancer.*

*Les piliers de la stratégie développée sont la qualité des soins, l'accessibilité et le développement des connaissances avec un accent particulier sur les enfants et les jeunes.*

*Comme je l'ai indiqué dans ma note de politique générale, les actions suivantes seront réalisées au cours de cette législature. Pour optimiser la qualité des soins, il importe de concentrer davantage les soins pour les cancers rares et complexes. À cette fin, la concentration des soins pour les tumeurs de la tête et du cou et les cancers de l'ovaire sera réalisé.*

*En ce qui concerne la qualité des soins dans les cliniques du sein, à la suite des résultats de l'étude du KCE, j'ai décidé de limiter le remboursement de la consultation oncologique multidisciplinaire et de la*

chirurgie aux cliniques du sein agréées, avec toute la problématique de la transition, dont nous avons débattu en séance plénière de la Chambre.

Des équipes spécifiques seront mises en place pour les jeunes de 16 à 35 ans touchés par le cancer, qui incluront un soutien psycho-social pour ces jeunes. Conformément aux recommandations du KCE, de l'Organisation mondiale de la Santé et de l'Union européenne, pour le dépistage du cancer du col de l'utérus chez les 30-65 ans, le test HPV deviendra le premier test de dépistage.

Comme vous le signalez, le forfait pour le refroidissement du cuir chevelu et pour le refroidissement des mains et des pieds pour les patients traités par chimiothérapie a déjà été réalisé.

En ce qui concerne l'accès aux médicaments, l'INAMI a récemment proposé une réforme des procédures de remboursement de ces derniers. Cette réforme comprendra entre autres un accès précoce et rapide pour les patients aux nouvelles spécialités prometteuses.

Nous nous engageons également à développer des lignes directrices de pratique clinique en mettant l'accent sur les points psychosociaux, les soins après les cancers et les soins palliatifs.

En outre, j'ai demandé que les directives de soins qualitatives soient méthodologiquement établies et revues régulièrement pour les groupes cibles spécifiques des enfants, des adolescents et des jeunes adultes atteints d'un cancer.

Au niveau international, la Commission européenne a lancé deux initiatives majeures sur le cancer en 2021, les Europe's Beating Cancer Plan et la Mission on Cancer.

Ces deux initiatives peuvent contribuer à améliorer les soins oncologiques en Belgique. Afin d'exploiter au mieux les opportunités qu'elles offrent, j'ai constitué un groupe-miroir du European Beating Cancer Plan. Cette plate-forme d'experts, coordonnée par Sciensano, rassemble plus de 400 représentants d'agences fédérales ou régionales de santé, d'universités, d'associations professionnelles, d'organisations de patients, de citoyens et de l'industrie. Il s'agit de faciliter un échange efficace de connaissances et d'informations entre les parties prenantes en ce qui concerne les besoins et opportunités, en rapport avec les initiatives de la Commission européenne.

La Belgique participe déjà activement à une dizaine de projets de soutien stratégique. Nous continuerons à suivre de près ces initiatives l'année prochaine et dans les années à venir, ainsi qu'à intégrer au mieux leurs résultats dans notre politique de lutte contre le cancer.

**04.03 Catherine Fonck (Les Engagés):** Monsieur le ministre, depuis novembre dernier – à savoir, la dernière fois que vous vous êtes exprimé à ce sujet à la Chambre -, il n'y a rien neuf. J'ai eu l'impression d'entendre les mêmes phrases: par exemple, sur le test HPV, le test de dépistage primaire pour les 30 à 65 ans, etc. Très bien, mais vous en restez au stade des déclarations – tout comme pour ce qui concerne les tumeurs à la tête ou le cancer des ovaires. Nous savons qu'en Belgique, le taux de dépistage est trop bas. Là encore, rien de tangible n'est entrepris.

S'agissant de la rédaction du nouveau plan cancer, je n'ai toujours rien vu non plus. Vous êtes quand même ministre depuis bientôt trois ans. Nous arrivons doucement à la fin de la législature. Certes, les forfaits de refroidissement pour le cuir chevelu sont une bonne chose. Néanmoins, monsieur le ministre, nous savons que le taux de cancers va exploser dans les années à venir. Par conséquent, les objectifs se doivent d'être ambitieux.

Je citerai un dernier exemple. Je suis allée consulter le site internet du Centre du cancer pour y lire l'étude développée en octobre 2021 sous la pression de l'Union européenne. En fait, c'est simple: "*Page not found*". Donc, toujours rien – aussi bien en français qu'en néerlandais... Nous nous situons presque au moment où les toutes dernières décisions pourraient être prises et exécutées, soit un peu avant la fin de la législature. J'ose espérer qu'au-delà des déclarations, des actes suivront rapidement. Je vous remercie de votre attention.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**05** Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude sur le statut BIM réalisée par la Mutualité chrétienne" (55035798C)

**05** Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De CM-studie over het RVT-statuu" (55035798C)

**05.01** Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, dans son étude publiée au début de ce mois, la Mutualité Chrétienne part du constat que « La proportion de bénéficiaires de l'intervention majorée au sein de la population belge a augmenté de façon considérable: de 13,2% en 2002 à 18,9% en 2021. Derrière cette croissance, il y a l'évolution de la législation, ainsi que la mise en place de processus administratifs de plus en plus efficaces: droit automatique pour certaines catégories sociales, détection automatique dans le cadre du flux proactif. Un autre moteur de cette croissance provient du fait que certaines populations à risque d'être BIM sont en augmentation, comme les bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, les personnes handicapées, les invalides, les familles unipersonnelles ou monoparentales. Au cours du temps, on constate aussi un certain rajeunissement des ayants droit au BIM: les tranches d'âge supérieures voient leur poids diminuer tandis que les tranches d'âge jeunes augmentent en importance. »*

*L'un des enjeux essentiels autour du statut BIM est la lutte contre le « non take up ». Dans leurs conclusions, les auteurs de l'étude indiquent que « Pour éviter le non-take-up, la meilleure stratégie est d'éviter aux personnes éligibles de faire des démarches parfois complexes. Les organismes assureurs font des propositions précises en la matière: ouverture automatique du droit au statut BIM en faveur des familles surendettées en règlement collectif de dettes, ouverture « d'office » pour les personnes isolées, les familles monoparentales qui ont une des indications suivantes: être en incapacité de travail et/ou au chômage (minimum 3 mois), en invalidité, pensionné. Ces propositions impliquent que les mutuelles soient habilitées légalement, dans le cadre de l'intervention majorée, à accéder aux bases de données adéquates, utilisables, déjà existantes ou à créer. »*

*Monsieur le ministre, que répondez-vous aux propositions émises dans cette étude pour améliorer le non take up des personnes pouvant bénéficier du statut BIM?*

*Je vous remercie pour votre réponse.*

**05.02** Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, je peux vous informer qu'après une première phase où les *quick-wins* ont été réalisés pour une optimisation de l'intervention majorée pour les groupes cibles vulnérables – je me réfère particulièrement à l'arrêté royal du 15 mars 2022 où des adaptations ont été apportées pour tenir compte de la sixième réforme de l'État –, un groupe de travail a été mis en place dans une deuxième phase depuis fin 2022 au sein de l'INAMI. Ce groupe de travail réunit également les différentes mutualités et la Banque Carrefour de la sécurité sociale. Il étudie comment automatiser davantage le droit à l'intervention majorée.

À cette fin, il est analysé dans quelle mesure les revenus peuvent être contrôlés par les mutualités sans l'intervention des assurés et, le cas échéant, pour quels groupes cibles. Ainsi, le droit à l'intervention majorée pourrait être ouvert d'office par les mutualités. Celles-ci ont en effet déjà accès à certaines données mais pas toujours à toutes les données de revenus nécessaires pour décider d'accorder ou non le droit. Par exemple, les mutualités connaissent les indemnités d'incapacité de travail d'un assuré mais pas ses autres revenus potentiels, immobiliers par exemple. La difficulté réside actuellement dans l'acquisition de ces informations nécessaires par les mutualités.

Le groupe travaille à l'identification des groupes cibles qui pourraient bénéficier automatiquement du droit sans risque de discrimination à l'encontre d'autres bénéficiaires potentiels de l'intervention majorée. Il convient de noter que certains revenus et moyens de subsistance ne peuvent pas être détectés via les bases de données actuelles, comme les revenus à l'étranger ou certains revenus immobiliers, de sorte que l'octroi incorrect de l'intervention majorée reste un risque. Les mesures seront mises en œuvre le plus rapidement possible, tant par les modifications nécessaires de la réglementation que par des ajustements techniques au niveau des mutualités.

**05.03** Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'entends bien que pour un certain



nombre de données, il y a un manque de disponibilité qui conduirait à des décisions qui ne sont pas justes par rapport à d'autres personnes. Dans le même temps, la réalité du *non take up* reste un problème plein et entier.

J'entends l'ouverture, j'entends le groupe de travail, il reste à voir si on pourra atterrir et concrétiser des avancées dans un calendrier qui ne soit pas trop lointain.

Pensez-vous que cela pourra être possible en 2023?

**05.04** **Frank Vandebroucke**, ministre: Je n'ose pas répondre à cette question. Il s'agit notamment d'un travail administratif et cela peut prendre du temps. Je n'ai pas de calendrier à vous donner.

**05.05** **Catherine Fonck** (Les Engagés): Merci, je reviendrai vers vous.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**06** **Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revue de médication par les pharmaciens" (55035799C)**

**06** **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het medicatienazicht door de apotheker" (55035799C)**

**06.01** **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, depuis le samedi 1<sup>er</sup> avril, les 300 000 patients qui prennent au moins cinq médicaments pourront bénéficier gratuitement d'un nouveau service de la part de leur pharmacien de référence. Celui-ci pourra leur proposer une revue de la médication afin d'optimiser le traitement par la détection de problèmes éventuels liés à cette multiple médication: effets indésirables, mauvais usage, sous-utilisation, interaction, surconsommation de certains médicaments.

Dès le samedi 1<sup>er</sup> avril, je me suis entretenue avec des pharmaciens de mon réseau, et aucun d'entre eux n'était au courant ni n'avait reçu des informations concrètes. Certes, cela avait été annoncé dans la presse, mais sur le terrain, par contre, personne n'était au courant.

Si je me réjouis de la reconnaissance du rôle d'accompagnement du pharmacien, je m'interroge quant à la mise en œuvre de cette nouvelle mesure. Quels sont les médicaments concernés? S'agit-il des benzodiazépines uniquement ou de tous les médicaments?

Comment se fera la concertation avec les pharmaciens et avec les médecins? En effet, j'ai appris que si c'était passé au Comité de l'assurance - avec d'ailleurs des réserves du côté du banc médical -, cela n'avait pas été validé à la concertation médico-pharmaceutique ni à la Commission nationale médico-mutualiste.

Comment les choses vont-elles se passer dans la pratique, sur le terrain? Comment informer les pharmaciens et les patients?

Pourquoi n'y a-t-il pas eu de concertation en bonne et due forme en amont, afin de créer un partenariat positif entre les pharmaciens et les médecins, y compris en ce qui concerne les modalités?

J'ai également d'autres questions. À un moment donné, l'enjeu est de maintenir un climat de confiance entre les médecins et les pharmaciens, ainsi qu'entre les médecins et les pharmaciens, d'une part, et les patients, d'autre part. Si les choses ne sont pas claires et si des décisions sont prises, si on pousse le patient à arrêter tel ou tel médicament, c'est alors la compliance qui va en prendre un coup. Or, il est tout aussi crucial de veiller à garantir une compliance positive que d'éviter la consommation de médicaments inutiles.

Pourriez-vous clarifier les choses à cet égard? Je crains de voir naître des problèmes sur le terrain,

certaines aspects n'ayant pas été réglés, validés et adoptés en concertation en amont entre les médecins et les pharmaciens. Je vous remercie.

**06.02 Frank Vandebroucke**, ministre: Madame Fonck, le groupe cible de cette dernière action, qui est à distinguer de l'action sur les benzodiazépines, est constitué de patients vivant à domicile et polymédiqués, c'est-à-dire qu'ils ont cinq ou plus de cinq médicaments chroniques remboursés différents au niveau ATC5 (principe actif ou association de principes actifs). Il s'agit au moins de 160 *defined daily doses* délivrées au cours des derniers mois. C'est donc plus large que les benzodiazépines.

En ce qui concerne la concertation, cette proposition était déjà inscrite dans le budget 2022 des soins de santé, liée à une ligne transversale objectif de soins de santé et *appropriate care*. Nous en avons donc discuté à différentes reprises. C'est la procédure de concertation habituelle de l'INAMI qui a ensuite été suivie pour l'élaborer. La proposition a été adoptée en dernier ressort par les organes suivants: la Commission de convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs, le 16 décembre 2022; la Commission de contrôle budgétaire, le 11 janvier 2023; le Comité de l'assurance des soins de santé, le 16 janvier 2023, où siègent aussi les médecins; et le Conseil général le 30 janvier 2023.

Il y a eu de nombreux passages dans les institutions. Les prescripteurs ont été associés aux travaux préparatoires entre les pharmaciens et les mutualités, selon les dires de l'INAMI.

Vous m'interrogez ensuite sur la collaboration et la communication. Le bon usage des médicaments (BUM), et la revue de médication dans le contexte du BUM, est une concrétisation du suivi des soins pharmaceutiques par le pharmacien de référence, centré sur le patient. Le BUM vise à optimiser les traitements médicamenteux ainsi que la concertation multidisciplinaire. L'avenant à la convention entre les pharmaciens et les organismes assureurs conclu le 16 décembre 2022 énonce que "chaque revue de la médication comprend neuf éléments:

- l'initiation du service et l'invitation;
- la préparation de l'entretien;
- la communication envers le médecin;
- l'anamnèse pharmacothérapeutique et donc l'entretien avec le patient;
- l'analyse pharmacothérapeutique et l'élaboration du plan d'action;
- le partage du plan d'action avec les médecins traitants;
- la discussion du plan d'action avec le patient;
- la satisfaction du patient;
- la modification du schéma de médication en fonction du plan d'action.

Ces neuf éléments sont compris dans la revue de la médication.

Les annexes à la convention (annexe 7.1: description du projet BUM revue de la médication; annexe 7.2: protocole BUM revue de la médication) décrivent plus concrètement et très précisément les échanges entre le pharmacien et le médecin traitant. Vous avez raison: c'est essentiel et c'est aussi prévu dans cette procédure.

**06.03 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, en l'absence d'une concertation bien validée et bien pensée et d'un accord sur les modalités avec les médecins pour en faire un projet commun et porteur, en brûlant les étapes, je me demande si, *in fine*, ce n'est pas la compliance au traitement des patients qui risque de diminuer avec les conséquences potentiellement gravissimes qui s'ensuivront.

Un patient ayant des maladies chroniques qui ne prend plus ses traitements, c'est catastrophique, comme d'ailleurs l'est une polymédication inappropriée. Si le pharmacien renseigne le patient sur le fait qu'il peut peut-être arrêter la prise de tel ou tel médicament alors que le médecin ne l'a pas validé, et si le patient suit le conseil du pharmacien, on se trouve alors dans une situation problématique. C'est alors la confiance entre médecins et pharmaciens qui est mise à mal mais aussi celle entre patients et soignants.

Enfin, pour finir, vous travaillez uniquement avec les médecins traitants. Mais pour les patients ayant des pathologies sévères, lourdes et chroniques, le premier interlocuteur du patient peut être un spécialiste. Par exemple, un patient dialysé, greffé ou ayant un traitement en oncologie voire un traitement psychiatrique sévère ou encore un patient suivi par un neurologue pour un Parkinson dont le traitement est extrêmement difficile à équilibrer... ces patients sont complètement mis sur le côté. L'arrêt d'un médicament ou la prise différente en termes de dose d'un seul médicament peut entraîner des décompensations graves et brutales.

Ce projet peut vraiment être porteur mais il faut d'abord un accord entre le médecin et le pharmacien avant de le communiquer au patient sous peine de problèmes graves de compliance et de décompensation grave de certaines maladies. J'ose espérer qu'il y aura révision du processus. Je vous remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**06.04 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, comme j'ai déjà posé un certain nombre de questions, par solidarité avec mes collègues, voulez-vous que je reporte mes questions qui figurent encore à l'ordre du jour?

Le **président**: Madame Fonck, ce n'est pas possible car vous les aviez déjà reportées.

**07 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité des soins radiologiques" (55035807C)**

**07 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van radiologische onderzoeken" (55035807C)**

**07.01 Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, la Société belge de Radiologie (SBR) réagit dans un courrier en dénonçant vos propos négatifs à l'égard des radiologues qui seraient trop payés et insouciants par rapport à la réalisation d'exams inutiles, coûteux pour la société et dangereux pour les patients. Elle nuance complètement vos propos, notamment par le fait que les scanners, par exemple, sont essentiellement réalisés à la demande d'un médecin prescripteur. De plus, la Société belge de radiologie participe de façon constructive au développement de soins radiologiques performants, notamment dans le cadre de la réforme de la nomenclature.*

*Monsieur le Ministre, mes questions sont les suivantes:*

*Quelles sont les concertations en cours sur le coût des soins radiologiques ainsi que du nombre d'exams prescrits et réalisés? La responsabilisation de la prescription est-elle prise en compte? La gestion difficile du refus d'exams par les radiologues aux médecins prescripteurs également? Ainsi que les exams radiologiques prescrits et réalisés par les cliniciens, parfois en sus suivie d'une nouvelle demande adressée aux radiologues?*

*Ces questions ont-elles également fait l'objet d'une concertation avec les médecins non radiologues qui prescrivent (et parfois réalisent ou répètent) ces exams?*

*Allez-vous mettre en œuvre les recommandations émises de longue date par la société belge de radiologie notamment en ce qui concerne le développement de l'aide à la décision pour le médecin prescripteur, le développement d'un système d'archivage d'images qui permet de visualiser les images radiologiques partout, quel que soit le lieu où elles ont été prises initialement pour éviter les exams répétés inutilement, la responsabilisation des centres qui se livreraient à une surconsommation d'actes,....?*

**07.02 Frank Vandebroucke**, ministre: Madame Fonck, dans le cadre de la réforme du financement hospitalier et de la réforme de la nomenclature, différentes analyses sont effectivement en cours. Elles sont effectuées par le KCE ou par des équipes universitaires. Le coût des soins radiologiques en fait partie.

Dans cet exercice, la responsabilisation de la prescription est bien prise en compte. En effet, l'INAMI est pleinement occupé à mettre en place un système d'aide à la prescription. Le lundi 17 avril, suite à

la publication d'un cahier des charges en début d'année, le Comité général de gestion de l'INAMI a donné son feu vert à l'ouverture d'un dialogue avec un opérateur européen capable de fournir des recommandations de bonne pratique et de négocier avec lui une convention.

Pour ce qui est du partage des images médicales, il est déjà possible aujourd'hui via PACSonWEB. En outre le SPF Santé publique étudie des moyens d'ajouter des métadonnées aux images médicales afin de rendre la recherche et le partage plus conviviaux. En parallèle, l'INAMI développe un outil de prescription électronique notamment pour les actes d'imagerie médicale qui permettra notamment aux radiologues d'exercer pleinement leur droit à la substitution des examens prescrits.

Enfin, je signale que toutes les discussions autour de ces réformes ont au minimum lieu dans un groupe de travail *ad hoc* réunissant à la fois les fédérations hospitalières, les organismes assureurs et, bien entendu, les syndicats médicaux. Les décisions formelles sont ensuite toujours avalisées par les organes compétents, comme la Commission nationale médico-mutualiste. Je crois donc pouvoir dire que la concertation est pleinement respectée.

*Voorzitter: Gitta Vanpeborgh.*

*Présidente: Gitta Vanpeborgh.*

**07.03 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Chaque fois que vous vous exprimez dans la presse sur la radiologie, je suis frappée par le fait que vous soyez extrêmement dénigrant. Vous l'avez fait à plusieurs reprises et la dernière fois, cela concernait le supplément d'honoraires. Vous avez taclé toute la Belgique alors qu'en la matière, il y a une grosse disparité entre le nord et le sud. En Flandre, quasiment tous les hôpitaux demandent des suppléments en radiologie et rares sont les hôpitaux francophones qui en demandent – c'est même une exception. Je vous demanderai d'être attentif à cette réalité.

En outre, l'aide à la prescription est demandée par les radiologues depuis 2015. Nous sommes huit ans plus tard! C'est très important! Quand un patient a une prescription pour un scanner et que ce n'est pas nécessairement adapté, si on ne le lui fait pas, il est furieux et part dans un autre service. Au-delà de cela, vous avez parfois des conflits inextricables entre médecin traitant et radiologue. En outre, si le radiologue tente de faire un *switch* avec la résonance, le rendez-vous sera largement décalé dans le temps puisque la disponibilité de la résonance n'est pas la même.

Je vous sens toujours très belliqueux et je voudrais suggérer qu'avec le secteur de la radiologie, vous essayiez d'avoir une approche positive en activant l'aide à la prescription, en évitant les déclarations tapageuses et en essayant de créer un partenariat positif pour le patient.

Il y a énormément de radiologues qui tentent de faire des substitutions, avec des réalités qui sont parfois extrêmement difficiles. En faisant des alliances positives avec les radiologues, ce sera au bénéfice des patients et de la sécurité sociale. Il faudra évidemment aussi faire une alliance avec les médecins traitant et les cliniciens, pour éviter des prescriptions qui peuvent parfois être inadaptées.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**08 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le new deal pour les médecins généralistes" (55035812C)**

**08 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De new deal voor de huisartsen" (55035812C)**

**08.01 Catherine Fonck** (Les Engagés): *Madame la présidente, monsieur le ministre, le 17 juin 2022, vous annoncez par voie de communiqué, votre volonté de mettre en œuvre un "New Deal pour les médecins généralistes"». Vous aviez précisé concentrer votre action sur cinq axes: "1. Veiller à un nombre suffisant et à une bonne répartition des (cabinets de) médecins généralistes; 2. Réduire les formalités administratives inutiles; 3. Améliorer l'accessibilité pour les patients; 4. Mettre l'accent sur un*

*bon modèle organisationnel qui permet au (cabinet de) médecin généraliste de prendre en charge davantage de personnes. Une organisation avec une délégation de tâches et un soutien, y compris pour les soins non planifiables en dehors des heures de travail classiques; 5. Élaborer un modèle de financement équilibré permettant de mieux prendre en compte la disponibilité, la coopération intradisciplinaire et interdisciplinaire, la continuité des soins, la qualité, la prévention et l'autonomisation."*

*Vous espériez que le groupe de réflexion vous fournisse une proposition concrète d'ici fin avril 2023, avec des rapports intermédiaires.*

*Le rapport final du groupe de réflexion "Vers un New Deal pour le (cabinet de) médecin généraliste" a été rendu en mars 2023.*

*Sur le site de l'INAMI, on peut lire que "Sur base des conclusions et du cadre proposé par le groupe de réflexion « New Deal », la Commission nationale médico-mutualiste affinera et concrétisera dans les mois à venir un nouveau modèle de financement équilibré. Après sa mise en œuvre, en tant que médecin généraliste, vous pourrez adhérer à ce nouveau modèle si vous le souhaitez."*

*Le nouveau groupe de travail New Deal créé au sein de la médico-mut a reçu de nombreuses questions de la part de médecins, notamment sur le conventionnement, le ticket modérateur, la gestion d'équipe, la charge administrative, le revenu moyen par patient, le financement, la quantité et la qualité des prestations cliniques réalisées, la taille de patientèle dans les pratiques New Deal, le rôle des prestataires dans ces nouvelles pratiques...*

*Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer quant à l'agenda du GT "New Deal" créé au sein de la médico-mut? Pourriez-vous aussi nous éclairer quant à la façon dont les questions et remarques des médecins généralistes sur le rapport final du groupe de réflexion rendu en mars 2023? Quel est le calendrier de cette réforme?*

**08.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, le contenu discuté dans ce groupe de travail de la Medicomut est le suivant: discuter des réactions au rapport final, affiner la proposition et la concrétiser dans une convention, en fonction de la faisabilité technique et opérationnelle et du budget et en harmonie avec d'autres projets et réformes, par exemple la réforme de la nomenclature pour les consultations, l'accréditation, le soutien à la pratique.

Le *timing* pour ce groupe de travail est le suivant: première réunion le 29 mars, deuxième réunion le 26 avril et troisième réunion fin mai.

L'objectif est de soumettre une convention à la Medicomut et au Comité de l'assurance au plus tard le 26 juin de cette année. Cette étape sera suivie d'une phase de mise en œuvre avec la diffusion d'informations et d'appels aux pratiques des médecins généralistes, l'élaboration de processus de facturation, la conclusion de conventions, etc.

L'objectif est de lancer le projet au cours du premier trimestre 2024.

**08.03 Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Je soulignerai trois éléments à ce stade.

Premièrement, il y aura une période de test. Manifestement, un engagement a été pris pour que, pendant cette période de test, les pratiques plurielles, tant les pratiques de médecins en cabinet que les pratiques en maison médicale, soient respectées. Je souhaiterais, monsieur le ministre, que ce soit aussi le cas après la période de test.

Deuxièmement, il me revient que l'assistant de pratique ne serait en fait pas financé par le fédéral. Étant donné que c'est en lien avec les compétences du fédéral, j'ai de nombreuses interrogations à ce propos et pour lesquelles des clarifications seront certainement importantes et les bienvenues.

Troisièmement, je crois qu'il ne faut pas perdre de vue l'essentiel, à savoir investir dans la formation de nos médecins mais également des infirmiers et autres soignants pour en avoir suffisamment. C'est

l'urgence absolue! En effet, la fameuse cascade que vous proposez toujours et qui consiste à renvoyer des médecins vers les infirmiers et des infirmiers vers d'autres en substituant tout cela en cascade, je pense que c'est une forme d'illusion à court terme vu que les infirmiers sont en pleine pénurie. Comme vous le savez, et je continuerai à le marteler, il faudra aussi avoir suffisamment de numéros INAMI pour permettre une formation avec suffisamment de médecins généralistes, compte tenu de la pénurie.

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

**09** **Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitstel van de professionele stage voor klinisch psychologen" (55036116C)**

**09** **Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report du stage professionnel pour les psychologues cliniciens" (55036116C)**

**09.01** **Dominiek Sneppe (VB):** *Op 22 mei 2019 werd het KB tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van klinisch psychologen, alsmede van stagemeesters en stagediensten gepubliceerd. Hiermee wordt een professionele stage geregeld van minstens 1680 uren die een klinisch psycholoog dient te doorlopen na het behalen van zijn master diploma klinische psychologie en klinische orthopedagogie. Het besluit treedt in werking op 1 januari 2020. Echter, tot op de dag van vandaag is er voor de studenten heel veel onduidelijkheid over de modaliteiten van de stage en de bezoldiging. Bij gebrek aan stagemeesters kan men tot op de dag van vandaag geen stage organiseren.*

*Wat is de oorzaak van het gebrek aan stagemeesters?*

*De minister stelt dat er in overleg met het veld opnieuw een uitstel komt van de professionele stage.*

*Wie is precies 'het veld'?*

*Welke zijn de erkende beroepsverenigingen van psychologen, en welke werden betrokken in de discussies omtrent de professionele stage en stagemeesters? Welke beroepsverenigingen werden niet betrokken en waarom niet?*

*Hoe zal de financiering van de stagiair/stagemeester/instituten verlopen? Maakt de minister hiervoor middelen vrij?*

*Hoeveel stagemeesters wil de minister vinden tegen volgend jaar en hoe zal hij dat doen? Graag een overzicht van het aantal per gemeenschap.*

**09.02** **Minister Frank Vandenbroucke:** *Ik verwijs naar het debat dat we hebben gehad over het ontwerp en de inleiding daarvan.*

**09.03** **Dominiek Sneppe (VB):** *Bij mijn weten is er geen debat geweest. U hebt uw toelichting gegeven. Ik heb een aantal vragen niet kunnen stellen, doordat de tijd voorbij was. Ik neem aan dat u toch over de voorbereiding beschikt.*

**09.04** **Minister Frank Vandenbroucke:** *Ik wil wel, maar dit is een wetsontwerp.*

*Er zijn 48 erkende stagemeesters met 65 voltijdse en 32 halftijdse plaatsen in Brussel, 20 erkende stagemeesters met 16 voltijdse en 9 halftijdse in Vlaanderen, 18 stagemeesters met 18 voltijdse en 12 halftijdse in Wallonië. Aangezien deze aantallen onvoldoende waren om het aantal studenten in de master in de klinische psychologie op te vangen, besloot ik het verplichte stagejaar met een jaar uit te stellen. Hierover werd overlegd met de beroepsorganisaties, de universiteiten, de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen en de administratie.*

*Vervolgens heb ik de Federale Raad voor de geestelijke gezondheidszorgberoepen om advies gevraagd om de in het KB genoemde criteria te versoepelen en de belemmeringen voor de aanvragen voor de erkenning tot stagemeester in kaart te brengen. Dit advies was gepland voor eind februari, maar de raad wil een gedetailleerd advies uitbrengen en analyseert de situatie zo goed mogelijk. Normaal gezien wordt het advies de komende weken verwacht. Mee op basis van dit advies bekijken we hoe de professionele stage kan worden uitgerold vanaf januari 2024.*

Over het aantal gewenste stagemeesters kan ik nog geen uitspraak doen, want dat hangt samen met de keuzes die worden gemaakt. In het kader van de roadmap bekijken we mee welke rol een eventueel proefproject omtrent de stage binnen ELP al dan niet kan spelen. Ik kan daar nog geen uitspraak over doen. Ik zal de informatie die we van de raad en de werkgroep krijgen verzamelen en samen met mijn administratie een stagemodel uitwerken dat beter aansluit bij de huidige situatie. Dit zal ik dus volgende week niet meer herhalen.

**09.05** **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, op de helft van mijn vragen kreeg ik geen antwoord. Weer zegt u dat de beroepsorganisaties gecontacteerd en geconsulteerd werden. Het is dan wel merkwaardig dat de grootste beroepsorganisatie zegt gecontacteerd noch geconsulteerd te zijn. Het moet u dan ook niet verwonderen dat wij grote bedenkingen hebben bij wat u als overleg voorstelt. Het getuigt ook niet echt van goed bestuur als u in dergelijke stages voorziet, maar geen stagemeesters hebt. Dat bedoelen wij met het maken van een impactstudie vooraleer u dergelijke wetsontwerpen door het Parlement wilt sleuren.

Doordat u dat niet doet, zult u weer achter de feiten aan moeten hollen en correcties moeten aanbrengen, wat niet getuigt van efficiënt bestuur.

U hebt aangegeven hier niet meer op terug te komen. Ik zal de vragen die u niet hebt beantwoord volgende week nogmaals stellen in de hoop dan alsnog antwoorden te krijgen.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**10** **Question de Olivier Vajda à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La colère des postes médicaux de garde" (55036162C)**

**10** **Vraag van Olivier Vajda aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De woede bij de huisartsenwachtposten" (55036162C)**

**10.01** **Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, récemment, quelques circulaires issues du SPF Santé publique sont venues chambouler l'organisation des gardes de nuit en médecine.

Tout d'abord, le tri de nuit pour les appels d'urgence, qu'on surnomme le "tri en nuit noire", n'est plus assuré par le 1733, mais est désormais à la charge des postes médicaux de garde eux-mêmes. Or, sans le tri du 1733, les appels pour des problèmes non urgents se multiplient tout au long de la nuit et importunent les médecins. De plus, le soir et la nuit, les postes médicaux de garde auraient désormais l'obligation de mobiliser deux médecins: un sur place, au poste de garde; l'autre, en déplacement, pour les visites à domicile.

Pour l'ABSyM, le syndicat des médecins, ces mesures ne sont absolument pas justifiées. De nombreux cercles de médecins généralistes ont également affiché leur mécontentement, voire leur colère, et n'écartent pas la possibilité d'une grève de la garde en nuit noire.

En effet, en plus d'exploser le budget nécessaire pour faire tourner les postes médicaux de garde, ces circulaires viennent renforcer la pénibilité d'une profession déjà en pénurie, et qui ne compte déjà plus ses heures. Doubler la présence des médecins en garde, cela signifie également doubler le nombre de gardes par médecin, ce qui risque fortement d'aggraver les pénuries là où elles sévissent déjà.

La province de Luxembourg compte 400 médecins généralistes, pour 7 postes médicaux de garde. Passer à deux médecins par garde signifierait ajouter 365 gardes par poste de garde, soit plus de 2 500 gardes nécessaires, pour 400 médecins seulement. Quel jeune médecin voudra-t-il encore s'installer en zone rurale dans ces conditions?

Monsieur le ministre, sur quelle base la décision de doubler le nombre de médecins de garde a-t-elle été prise? Comment les zones en pénurie ont-elles été prises en compte au moment d'acter cette décision?

Dans les zones en pénurie de médecins, souvent rurales, que faire en cas de nombre insuffisant de médecins disponibles pour assurer les gardes? Certains postes de garde sont-ils voués à disparaître purement et simplement?

**10.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Vajda, pour répondre à votre première question, une telle décision de doubler le nombre de médecins de garde ne figure nulle part dans la directive 1733. Il appartient aux cercles et aux postes de garde de s'organiser afin que les XML envoyés par la centrale 1733 puissent être lus dans les quinze minutes et que les patients puissent être pris en charge conformément aux règles du Manuel belge de la régulation médicale.

En ce qui concerne le financement par l'INAMI, il n'est pas non plus exigé qu'un médecin soit présent au poste de garde et qu'un autre assure les visites à domicile. En revanche, il est vrai que cela circulait dans une première note, mais à la suite des réactions et concertations internes sur le financement des secrétariats externes des postes de garde wallons, le texte a été adapté. Depuis lors, l'exigence d'avoir deux médecins dans tous les cas a été éliminée des notes et des textes.

J'en viens à votre deuxième question sur la prise en considération des zones en pénurie. Comme je l'ai déjà dit, une telle décision n'a pas été prise. D'ailleurs, il a été tenu compte des zones en pénurie et rurales dans la mise à jour du manuel. Au niveau d'urgence 6 du manuel, un médecin généraliste doit être consulté dans un délai de une à deux heures. Le délai initial était d'une heure, mais le niveau a été revu et adapté en concertation avec la médecine générale, précisément pour tenir compte de la réalité rurale. Les pathologies aujourd'hui reprises dans ce niveau 6 permettent donc un délai d'attente de deux heures pour la visite du médecin généraliste, soit au poste de garde, soit à domicile.

Au niveau d'urgence 7 du manuel, un médecin généraliste doit être consulté dans un délai de douze heures, mais toujours dans le respect des plages horaires du service de garde. Ce dernier élément est aujourd'hui remis sur la table du groupe de concertation autour du manuel, afin de déterminer si un report de soins vers les horaires de consultation normaux ne pourrait pas être envisagé si la période de garde se termine dans un délai inférieur à douze heures.

En ce qui concerne votre troisième question sur la nuit profonde – de 23 heures à 8 heures –, il est fait appel à la collaboration entre postes de garde voisins. Il y a en effet de bonnes raisons de collaborer pendant la nuit profonde en semaine. Le nombre de contacts patients est beaucoup moins élevé. Souvent, il n'est pas facile pour les patients de se rendre au poste de garde de médecins généralistes pendant la nuit profonde, et une visite à domicile est souvent recommandée dans ce cas, que ce soit pour des raisons médicales ou cruciales.

Par ailleurs, il faut éviter les gardes inutiles pour les médecins généralistes pendant la nuit profonde, compte tenu également de la charge de travail actuelle et de la pénurie de médecins généralistes.

En outre, les médecins généralistes doivent pouvoir travailler dans un environnement sûr et effectuer des visites à domicile pendant la nuit profonde.

Au final, les fonds publics doivent être affectés de manière responsable.

**10.03 Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. Je me réjouis de l'adaptation des textes qui a été effectuée suivant les réactions recueillies. Les postes médicaux de garde étaient, à l'origine, une avancée notable de la médecine de première ligne, notamment et principalement dans les zones rurales car ils allègent le travail des médecins qui sont souvent seuls dans ces zones et qui sont, comme partout ailleurs, toujours en pénurie.

Le 1733 est une modalité de fonctionnement des postes médicaux de garde qui demeure indispensable, et surtout la nuit. Vous avez parlé du fait qu'il était inutile d'alourdir davantage la charge de travail des médecins la nuit. Vous avez raison sur ce point. Mais le fonctionnement du 1733 doit être poursuivi et doit contribuer à l'allègement de la charge de travail des médecins, sinon on repart vers un "tout à l'hôpital" et ce seront à nouveau les services d'urgence qui en souffriront. Ils seront alors débordés et cela au détriment des patients.



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

**11** Vraag van **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De publicatie van een 'kankeratlas'" (55036187C)

**11** Question de **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publication d'un "atlas du cancer"" (55036187C)

**11.01** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er werd een kankeratlas gepubliceerd die per gebied aangeeft hoeveel kanker er voorkomt en welk type er op een bepaalde plaats meer voorkomt. Er wordt vastgesteld dat prostaatkanker veel vaker zou voorkomen in West-Vlaanderen en dat een radioactief gas de oorzaak zou zijn van bepaalde kankers in Wallonië.

Deze kankeratlas is door het tijdschrift EOS gemaakt op basis van cijfers uit het kankerregister. Er zijn aanzienlijke verschillen merkbaar, hoewel ik mij de vraag stel hoe wetenschappelijk gefundeerd het onderzoek is.

Mijnheer de minister, hoe worden de cijfers van het kankerregister gebruikt voor beleidsondersteuning? Welke soortgelijke initiatieven als de kankeratlas worden voorbereid of zijn gepubliceerd op een meer geregisseerde basis? Welke conclusies trekt u uit de plaats en de frequentie van bepaalde kankers? Zult u daar al dan niet extra onderzoek naar vragen?

**11.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, het kankerregister publiceert regelmatig rapporten over de aard en de omvang van kanker in België, publiek toegankelijk via de website. In die publicaties zijn ook kaarten opgenomen met de weergave van de geografische variatie van de kankerincidentie, waarnaar u verwijst.

Dat is een erg belangrijke bron voor beleidsondersteuning en beleidsvoorbereiding, om trends in kaart te brengen, om de kwaliteit van de zorg te evalueren en om het wetenschappelijk onderzoek in de strijd tegen kanker te bevorderen. Ik kan u daar voorbeelden van geven, maar u kent ze denkkelijk ook wel: het aanleveren van gegevens en analyses voor de rapporten van het KCE, bijvoorbeeld het recente rapport over borstkanker, het KCE-rapport over hoofd- en halskanker en ovariumkanker, ondersteuning ook van verschillende initiatieven in het RIZIV, bijvoorbeeld de analyse van de registratiegegevens in het kader van de conventie voor complexe chirurgie voor slokdarm- en pancreaskanker en, ten slotte, ondersteuning van de organisatie en de evaluatie van de screeningprogramma's die wij hebben. U kent dat denkkelijk.

Inzake de eventuele conclusies uit de plaats en frequentie van bepaalde kankers kan ik meegeven dat oorzaken en risicofactoren natuurlijk verschillen per soort kanker. Er kunnen er ook meerdere zijn per soort kanker. Het is dus niet eenvoudig om op basis van geografische variatie te duiden waarom een bepaalde kanker meer voorkomt in een bepaalde regio.

In het artikel dat u aanhaalt worden door de experts verschillende mogelijkheden gegeven, zoals verschillen in rookgedrag, in alcoholconsumptie, in voedingsgewoonten, in socio-economische status, in beroepsmatige blootstelling aan chemicaliën en in deelname aan screeningprogramma's. Dat is dus wel complex. Er zou een zeer grondige wetenschappelijke studie moeten worden gevoerd, met zeer veel gegevens, om daar een beetje meer duidelijkheid over te krijgen.

Mijn voorlopige conclusie is dat het buitengewoon belangrijk blijft om in te zetten op primaire preventie en sensibilisering voor tabak en alcohol, en ook voor deelname aan screeningprogramma's. Dat zijn evidente conclusies die door dit soort gegevens ondersteund worden, zonder dat we hier nu echt een heel scherp causaal verband kunnen vaststellen.

**11.03** **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben het met u eens dat het bijzonder moeilijk is om causaliteit te bewijzen aan de hand van een dergelijk register. Ik ben het eveneens met u eens dat er meer onderzoek moet worden gevoerd en dat we nood hebben aan een Nationaal Kankerplan. Daar is vooralsnog niet veel aan gedaan tijdens deze legislatuur.

Kanker is en blijft een ziekte met heel veel impact. Hoewel er enorm veel vooruitgang is geboekt op het vlak van therapieën, blijft deze ziekte een gigantische impact hebben op wie ermee geconfronteerd wordt en op de familie. Ik ben ervan overtuigd dat er vanuit het beleid, middels het kankerregister, op grond van een grondige wetenschappelijke analyse van die registers en uiteraard ook middels preventie en dies meer, gewerkt moet worden aan het minder voorkomen van kanker, aan een betere behandeling van kanker en aan een betere begeleiding van de patiënten. Ik roep u dus op om in het laatste jaar van uw legislatuur werk te maken van een Nationaal Kankerplan.

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

**12** Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zeer lange wachttijden voor de behandeling van anorexia" (55036188C)

**12** Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les délais d'attente extrêmement longs pour la prise en charge de l'anorexie" (55036188C)

**12.01** Kathleen Depoorter (N-VA): Deze vraag gaat over een ander prangend probleem in onze gezondheidszorg, namelijk een toename van het aantal patiënten in de geestelijke gezondheidszorg die anorexia hebben. Het gaat voornamelijk om jonge meisjes die begeleid moeten worden en er zijn lange wachttijden. Ik heb van families van zulke meisjes vernomen dat wachttijden van zes à negen maanden zeer courant zijn. U hebt inspanningen gedaan en middelen uitgetrokken om de wachttijden voor de behandeling van anorexia te kunnen verkorten. Ik heb begrepen dat dit tot op heden nog altijd onvoldoende is. Opnieuw berichtte de pers dat ouders met de handen in het haar zitten omdat hun kinderen niet op tijd hulp krijgen.

Welk belang hecht u aan deze berichtgeving? Welke extra maatregelen voorziet u? Is er al een evaluatie gebeurd van wat er werd beslist? Ik meende dat er 10 miljoen euro extra werd voorzien voor anorexia. Welke boodschap geeft u vandaag aan de doelgroep? Ik vind het zeer schrijnend wanneer ik aan ouders met een kind dat wegglijdt – dat is letterlijk wat die patiënten doen – de boodschap moet brengen dat er beterschap op komst is, hopelijk volgend jaar of daarna. Ik denk dat u die bezorgdheid deelt en ik zou graag weten wat uw visie daarop is.

**12.02** Minister Frank Vandenbroucke: Ik ben het met u eens dat dit een grote uitdaging is. We merken een toename van klachten over eetstoornissen. We worden geconfronteerd met zeer ernstige, mogelijk levensbedreigende klachten. Er werden al wat initiatieven genomen, maar er ligt nog veel werk op de plank.

Om te beginnen wil ik onderstrepen dat we over een gemeenschappelijk kader met de deelstaten beschikken. In september vorig jaar werd op de interministeriële conferentie groen licht gegeven om samen te werken aan een integraal zorgtraject voor eetstoornissen, dat voortbouwt op wat al bestaat in de deelstaten en op het federale niveau. Die samenwerking is mijns inziens belangrijk. We hebben vervolgens een FOD-RIZIV-werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van onze netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, de netwerken voor volwassenen, de expertisecentra, de beroepsverenigingen en de ziekenhuiskoepels. Daarbij werken we het idee van het zorgtraject verder uit op het federale niveau, maar in goed overleg met de deelstaten.

Er liggen vier werkpakketten voor. Het eerste werkpakket gaat over de competenties in de eerste lijn. Ik denk daarbij onder meer aan de conventie eerstelijnspsychologische zorg, waarvoor een vormingspakket wordt uitgewerkt. Het goede nieuws is dat dat al is gerealiseerd. Het tweede werkpakket betreft de rol van dieetadvies. In samenwerking met andere hulpverleners, zoals huisartsen en psychologen, streven we naar een veel beter toegankelijk en goed georganiseerd dieetadvies. Dat veronderstelt ook dat dieetadvies meer wordt terugbetaald dan vandaag het geval is. Het derde werkpakket is de ontwikkeling van multidisciplinaire ambulante supportteams om gespecialiseerde expertise breed ter beschikking te stellen, ook ambulante. Het vierde werkpakket betreft dagbehandeling en intensieve multifamilij-therapie, waaraan de experts veel belang hechten.

Toevallig was ik vanochtend aanwezig op een congres van de Vlaamse Academie Eetstoornissen, georganiseerd door de derdelijns gespecialiseerde centra, waar men mij bevestigd heeft hoe belangrijk die multifamily-therapie is. Daarnaast is het volgens hen heel belangrijk om een continuüm van zorg te creëren, ook ambulante, gaande van regelmatige consultaties tot zeer intensieve opvolging en multifamily-therapie voor mensen die niet zijn opgenomen en hun gezinnen. We moeten dat continuüm absoluut invullen, waarbij men ook ambulante veel intensiever hulp kan aanbieden.

De ontwikkeling daarvan is ver gevorderd. Zoals ik al vermeldde, is het eerste werkpakket, namelijk vorming in de eerste lijn, gerealiseerd. De ontwikkeling van de werkpakketten vraagt veel overleg en tijd, maar ik hoop dat we alles kunnen voltooien tegen het einde van dit jaar, zodat ze begin volgend jaar op het terrein kunnen worden gerealiseerd.

Het is inderdaad vervelend om aan ouders van kinderen die met zware problemen kampen, te moeten zeggen dat er nog werk is en dat het er nog niet is. Het is vervelend om te moeten zeggen dat het federale budget 10 miljoen euro bedraagt, maar dat we dit nog moeten uitwerken.

Het goede nieuws is dat een eerder genomen initiatief goed loopt, namelijk de oprichting van liaisonteams in ziekenhuizen tussen diensten voor kinderpsychiatrie en bijvoorbeeld diensten voor pediatrie waar ook kinderen met anorexia terechtkomen die evenwel psychiatrische ondersteuning nodig hebben. Er bestaan zestien dergelijke liaisonteams die structureel zullen worden voortgezet met extra middelen die ik daarvoor ter beschikking stel. We versterken overigens op dit moment ook de kinder- en jeugdpsychiatrie in het algemeen.

Dat loopt dus en dat heeft ook een gunstig effect, maar de versterking van ambulante gespecialiseerde zorg moet nog worden gerealiseerd en dat is voor mij een topprioriteit.

Ik kan er misschien aan toevoegen – maar daarvan hoeft ik u wellicht niet te overtuigen – dat we ook echt preventief op de eerste lijn moeten inzetten. Gisteren heb ik een hele namiddag besteed in basisschool De Schans in Kontich. Zij hebben een heel mooi programma met kinderen van de lagere school over ondersteuning van emotionele ontwikkeling en veerkracht en kunnen copen met problemen, want zelfs kinderen van het vierde leerjaar worden al gevat door bijvoorbeeld faalangst.

Met onze netwerken geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren bieden wij in samenwerking met de Vlaamse CLB's en scholen al een heel mooi programma aan dat preventief is ten aanzien van kinderen. Dat vind ik heel belangrijk. Dat gaat natuurlijk veel breder dan alleen eetstoornissen, maar ook daar moet men in de breedte veel sterker aanwezig zijn en ik ben blij dat we dat samen met de Vlaamse scholen en CLB's kunnen doen.

Er is dus nog veel werk aan de winkel. Er zijn initiatieven lopende. Sommige zijn al in uitvoering op het terrein en andere moeten nog uitvoering op het terrein krijgen, maar ik zet maximale druk op mijn FOD, het RIZIV en mijn medewerkers om vooruit te gaan in dat overleg. Dat overleg vergt helaas ook wel wat tijd.

**12.03 Kathleen Depoorter (N-VA):** Mijnheer de minister, wat betreft preventief werken en assertiviteit, ik heb al een aantal programma's gezien met de nieuwe leermethodologie om kinderen assertiviteit aan te leren. Die werken inderdaad goed en hebben heel veel goede bedoelingen, maar we mogen echt niet onder stoelen of banken steken – wat u ook niet doet – dat de ambulante zorg voor anorexiapatiënten opgekrikt moet worden. Dat is iets wat ik al heb meegenomen in mijn voorstel van resolutie van twee jaar geleden.

We hebben geijverd voor liaisonpsychiatrie en dat heeft inderdaad al wat vorm gekregen. Aan de opnames van pediatrie patiënten met geestelijke gezondheidsproblematiek wordt gewerkt, maar als we het hebben over het begeleiden van die patiënten, dan is eetadvies absoluut noodzakelijk, zoals u zelf ook zegt.

In Nederland wordt een diëtistconsultatie voor minderjarigen d'office terugbetaald en de terugbetaalde bedragen liggen veel hoger dan bij ons. Daaraan kunnen we een positieve economische balans

koppelen. Dan zien we dat het eigenlijk geld opbrengt, bij wijze van spreken. We moeten op het woordgebruik letten, maar het is alleszins een goede investering. Daarbij denk ik aan de inzet op dieetadvies en op multidisciplinair samenwerken en – u zegt het – aan eerstelijns detectie. Het vroegtijdig ontdekken van de problematiek, daar moeten we absoluut naartoe. We moeten onze kinderen absoluut kunnen verzorgen en kunnen begeleiden.

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

**13** Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitspraak van het Luikse hof van beroep in verband met het CST" (55036189C)

**13** Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la cour d'appel de Liège concernant le CST" (55036189C)

**13.01** Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, het Luikse hof van beroep bevestigde op 19 april dat de verlenging van het CST in Wallonië in 2022 ongerechtvaardigd was. Het CST werd tijdens de coronacrisis ingevoerd zodat mensen konden bewijzen of ze al dan niet gevaccineerd waren. Wie een hapje wilde gaan eten of iets wilde drinken op café moest het voorleggen.

Het hof in Luik neemt het Waalse Gewest kwalijk het CST verlengd te hebben zonder eerst de relevantie ervan in de strijd tegen covid te verzekeren. Ten tijde van de verlenging waren de hospitalisaties ook al weken aan het dalen. Het was toch immers de bedoeling om de druk op de zorgsector te verminderen. Ik heb daarover enkele vragen.

Bent u van plan om uw visie op het CST als "nuttig instrument in de bestrijding van epidemieën" te herzien na deze uitspraak?

Werden er rechtszaken aangespannen tegen het federale niveau in verband met de covidmaatregelen? Welke en wat is de stand van zaken?

Zult u het CST, na deze uitspraak, voorgoed naar de prullenbak verwijzen of blijft dat in uw lade of paraplubak liggen?

**13.02** Minister Frank Vandenbroucke: Op de eerste vraag kan ik het volgende antwoorden. Het Luikse hof van beroep vernietigde de verlenging van de CST-maatregel door een gebrek aan voldoende motivering van de beslissing om hem te verlengen. Deze uitspraak heeft dus geen betrekking op de grond van de zaak. Dat is wel het geval in het arrest 68/2023 van het Grondwettelijk Hof van 27 april 2023, dat een aantal beroepen die ingesteld werden tegen het CST verwerpt.

U vraagt naar een overzicht van deze rechtszaken, maar dat is een lange lijst. Ik stel voor dat mevrouw Schellens deze via het secretariaat aan u overmaakt. Als ik deze moet voorlezen ben ik immers tot 20.00 uur vanavond bezig. Ik heb hier echter een heel mooi overzicht met alles erop en eraan en u zult dat krijgen.

Op uw derde vraag kan ik antwoorden dat het CST in België niet meer gebruikt wordt sinds 7 maart 2022. De epidemiologische situatie evolueerde gunstig en België bevindt zich nationaal op beheersniveau 1 en de overgrote meerderheid van de COVID-19-maatregelen zijn vandaag opgeheven.

**13.03** Dominiek Sneppe (VB): Bedankt voor uw antwoord, mijnheer de minister, maar eigenlijk was uw antwoord niet echt een antwoord.

Ik ben benieuwd naar de lange lijst van rechtszaken. Die zal ik zeker aandachtig bekijken.

Het Vlaams Belang is altijd tegen het CST geweest. Wij zien het nog altijd als een van de zwartste bladzijden uit onze recentste geschiedenis. Zeker hier in het vrije Westen, waartoe wij ons land

voorlopig toch nog mogen rekenen, is het niet iets wat wij normaal moeten vinden.

U zegt dat het geen uitspraak ten gronde is. Ik durf dat in twijfel te trekken, maar goed.

U hebt het altijd over evidencebased, maar als het over covidmaatregelen ging, stak het blijkbaar niet zo nauw. Ook nu kunt u het niet over uw lippen krijgen dat u misschien wat te streng was of dat u misschien de verkeerde maatregelen hebt genomen.

U zegt nog steeds niet dat u het CST naar de prullenmand verwijst. Als ik het goed voorheb, zit het dus nog ergens in uw lade en kan het op elk moment gereactiveerd worden?

Nu, wij zijn steeds tegenstanders geweest van dat pasje en we zullen dat ook altijd blijven, ook als u van plan bent het ooit weer in het leven te roepen. Ik zei het: we zijn hier in het vrije Westen. Laten we het zo houden. Laten we de voorbeelden van China in China laten.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

#### **14** **Samengevoegde vragen van**

- **Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bevroering van de ereloonsupplementen" (55036193C)**

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De standstill van de ereloonsupplementen in ziekenhuizen" (55036223C)**

#### **14** **Questions jointes de**

- **Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gel des suppléments d'honoraires" (55036193C)**

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le standstill de l'augmentation des suppléments d'honoraires en milieu hospitalier" (55036223C)**

**14.01** **Dominiek Sneppe (VB):** *In een persbericht van 20 april 2023 liet u weten dat de bevroering van de supplementen voor patiënten nog zeker tot het einde van het jaar behouden zouden blijven. Volgens het Kartel sprak u hier voor uw beurt en werd dat zeker nog niet unaniem beslist. Er was een informeel akkoord waarbij het Kartel in een minderheidspositie stond met twee kritische bedenkingen. Ten eerste de onwil om de regionale verschillen in maximumpercentages te harmoniseren en ten tweede op de afwezigheid van een evaluatie van eventuele afdrachtverhogingen op de honoraria omwille van die standstill.*

*Nu blijkt dat het Kartel bijgetreden wordt door Zorgnet-Icuro, waardoor beslist werd om de discussie te beslechten op de volgende taskforce op 28 april.*

*Daarover volgende vragen:*

*Heeft u voor uw beurt gesproken?*

*Bent u van plan tegemoet te komen aan de kritische opmerkingen van het Kartel en Zorgnet-Icuro? Waarom wel/niet?*

*Hoe staat u tegenover de voorwaarden voor de verlenging van de standstill supplementen zoals voorgesteld door het Kartel, zijnde:*

*Een transparante, beperkte en tijdelijke toelage om de inflatie te counteren, exclusief voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming?*

*Een regeling om de spread tussen hoge/lage vragers weg te werken, wat vorig jaar al gevraagd werd?*

*Evaluatie van standstill simultaan met een standstill op de afdrachten?*

*Transparantie voor patiënten met supplementen in euro's én duidelijkheid waar de supplementen voor bestemd zijn?*

**14.02** **Frieda Gijbels (N-VA):** *Mijnheer de minister, ik stelde u in januari van dit jaar al vragen over de bevroering van de ereloonsupplementen voor de ziekenhuizen. Toen gaf u aan dat er nog veel onduidelijk was en dat u nog bezig was met onderzoek en overleg om een aantal kwesties uit te klaren. Ondertussen is er blijkbaar toch wat schot in de zaak gekomen. U hebt aangekondigd dat de bevroering van de ereloonsupplementen voor de ziekenhuizen zal worden voortgezet tot eind 2023.*

Is er ondertussen al meer duidelijkheid over de reden voor de hogere ereloonsupplementen in sommige ziekenhuizen, waarbij er toch ook een duidelijk communautair verschil waarneembaar is? Wordt het ziekenhuisbeleid ook geëvalueerd? Zo ja, wat zijn de conclusies?

Is er zicht op de hoogte van de afdrachten en de verschillen daarin? Wat zijn daar de conclusies? Er zouden enkele ziekenhuizen zijn waar de afdrachten verhoogd zijn na de standstill. Toen ik u de vorige keer ondervroeg, was u dat aan het bekijken. Is dat ondertussen verder uitgeklaard?

Wanneer zal er een einde worden gemaakt aan de grote verschillen in ereloonsupplementen en op welke manier?

Wat denkt u van het voorstel om de ereloonsupplementen niet als percentage maar nominatief te bepalen en zo ook te communiceren aan de patiënt?

Wat is de reactie van de sector op de verlenging van de standstill?

**14.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, het bevriezen van de maximumtarieven voor de ereloonsupplementen die vastgelegd zijn per ziekenhuis, is inderdaad niet zo lang geleden, net voor 1 mei, afgesproken met de ziekenhuissector. Dat is een goede zaak omdat we op die manier een feitelijke situatie bevriezen die toch voor de patiënt betekent dat hij geld uit zijn portemonnee moet halen boven op de officiële tarieven. Zo wordt die situatie niet slechter. Ziekenhuizen en artsenspecialisten in ziekenhuizen zijn zich dus wel bewust van het feit dat dit niet verder op deze manier uit de pan kan swingen.

Als er situaties zijn waarin afwijkingen van het akkoord op de standstill zouden worden waargenomen of van het akkoord om deze standstill te koppelen aan een standstill van de afdrachten op de honoraria, dan zullen die geanalyseerd worden. Dat is zo afgesproken met de ziekenhuizen en de artsenspecialisten. We weten dat we beter moeten proberen te begrijpen hoe het nu juist in elkaar zit met die ereloonsupplementen. Om een goed beeld te hebben, moeten we echter met heel veel rekening houden, niet alleen met maximumpercentages, maar ook met de reëel aangerekende supplementen, ambulante en in het ziekenhuis.

Men moet natuurlijk ook kijken naar de basisafhoudingen op de erelonen om een duidelijk beeld te krijgen van de verschillen tussen de ziekenhuizen. Er werd afgesproken dat wij maximaal nagaan, als men echt correct greep wil krijgen op de ontwikkeling van supplementen, wat de beschikbare gegevens zijn.

Het feit dat er verschillen zijn tussen de ziekenhuizen lijkt mij niet gemakkelijk verklaarbaar. Dat kan ook een kwestie zijn van mentaliteit en cultuur, veel minder dan een kwestie van noodwendigheden. Hoe dan ook vind ik elke actie om supplementen in de greep te krijgen en – beter nog – te verminderen, goed. Daarom ga ik doorzetten met het initiatief om te vragen dat ziekenhuizen voor hun zware medische beeldvorming de garantie geven dat het op normale uren gebeurt, zonder supplementen. Ik wil ook verder overleg voeren over een beperking van de supplementen in de ambulante sector voor patiënten die beschermd worden door de verhoogde tegemoetkoming. Ik vind dat een bijzonder belangrijke kwestie. Ik hoop daar echt vooruitgang in te kunnen boeken.

**14.04** **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het is natuurlijk een stap vooruit dat u bekomen hebt dat die ereloonsupplementen bevroren worden. U haalde het even aan, die grote verschillen zijn inderdaad merkwaardig. Ik hoor u graag zeggen dat het misschien eerder een verschil is in cultuur dan in noodzaak.

Ik wil er dan ook op aandringen dat ziekenhuizen die zich wel redelijk gedragen met betrekking tot supplementen op een of andere manier beloond worden. Nu worden immers degenen die zich te buiten gaan aan buitensporige supplementen eerder beloond dan omgekeerd.

Dit past uiteraard in uw grote hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het is natuurlijk nog steeds wachten daarop. Ik hoop dat u daarmee het einde van de legislatuur haalt. Het lijkt mij echter een werf

die een werf zal blijven en waaraan uw opvolger verder zal moeten werken.

Met betrekking tot die ereloonsupplementen zijn wij matig tevreden. Wij zijn tevreden dat er inderdaad iets mee gedaan wordt, maar anderzijds zouden die communautaire verschillen inderdaad wat meer in de verf mogen worden gezet en zouden de betere leerlingen beloond mogen worden.

**14.05 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, een paar jaar geleden is er een heel interessant groot artikel verschenen in *Le Vif/L'Express* over de stijgende ereloonsupplementen in de ziekenhuizen. Daarin werden toen ook de communautaire verschillen heel duidelijk aangegeven. Daaruit bleek bijvoorbeeld dat het aandeel aan ereloonsupplementen ongeveer hetzelfde was in Wallonië en Vlaanderen – dus het percentage van behandelingen waarbij een ereloonsupplement werd aangerekend –, maar de gemiddelde bedragen waren in Wallonië bijna dubbel zo hoog als in Vlaanderen en nog hoger in Brussel. Daar was het percentage aangerekende ereloonsupplementen ook nog eens hoger.

U haalt nog eens aan dat u zelf ook geen goede verklaring hebt voor die grote verschillen in de aangerekende ereloonsupplementen, maar dat moet net de kern van de zaak zijn. Hoe komt het dat de ereloonsupplementen in het ene ziekenhuis veel hoger zijn dan in het andere? Wij weten dat het principe van de ziekenhuisfinanciering niet goed zit, maar dat principe is wel voor alle ziekenhuizen hetzelfde, dus hoe kan het dan dat het ene ziekenhuis het met veel minder ereloonsupplementen kan doen dan het andere? Zou dat niet aan het beleid van die ziekenhuizen kunnen liggen en wat kan daaraan worden gedaan? Ik hoor daar nog altijd helemaal niets over. Wordt dat niet onderzocht? Ik hoor ook dat er nog altijd geen zicht is op de omvang van de afdrachten. Wij weten dat er ook een standstill in de afdrachten moet zijn, maar blijkbaar weten wij niet of die goed wordt nageleefd.

Ik ben het er volledig mee eens dat de problematiek van de hoge ereloonsupplementen moet worden aangepakt, maar hij moet ook goed worden aangepakt en ik mis echt een diagnose. Er wordt hier dus een therapie toegepast zonder een juiste diagnose. Men gaat eigenlijk net de goede leerlingen straffen, want zij zitten nu vast in een keurslijf en hebben geen mogelijkheid meer om extra financiering te verkrijgen, terwijl andere ziekenhuizen, die al jarenlang een veel minder rigoureuus beleid voeren, eigenlijk veel meer financiële ruimte hebben. Ik begrijp dus niet dat wij nog altijd zo weinig zicht hebben op de situatie, mijnheer de minister.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55036199C van mevrouw Merckx wordt uitgesteld, net als samengevoegde vragen nr. 55036212C van mevrouw Muylle en nr. 55036229C van de heer Prévot.

**15 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Wereldastmadag" (55036235C)**

**15 Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La journée mondiale de l'asthme" (55036235C)**

**15.01 Gitta Vanpeborgh (Vooruit):** Mijnheer de minister, ik ben blij dat ik deze vraag over astma vandaag kan stellen, want, toeval of niet, het is vandaag Wereld Astmadag. Astma treft wereldwijd 300 miljoen mensen en in ons land 500.000 Belgen. Opmerkelijk is ook de hoge prevalentie bij heel jonge kinderen, vooral bij jongens. Die neemt weliswaar in de puberteit weer af, waarna die weer stijgt, maar dan meer bij vrouwen dan bij mannen. Bovendien gaat het cijfer in stijgende lijn, wellicht door de blootstelling aan fijn stof en luchtvervuiling. Uit een nieuw rapport van het Europees Milieuagentschap blijkt dat in Europa jaarlijks 1.200 kinderen vroegtijdig sterven door luchtverontreiniging. Zij zijn het meest kwetsbaar, evenals ouderen en mensen met een onderliggende aandoening.

Een werkgroep bij het RIZIV lijstte in 2017 al duidelijk de knelpunten en de concrete verbeterpunten op. Hij had het onder andere over de meerwaarde van het gebruik van de voorzetkamer en een betere communicatie tussen huisartsen en apothekers.

Mijnheer de minister, wat is uw standpunt over een eventuele terugbetaling van voorzetkamers? Door het gebruik ervan wordt de medicatie effectiever toegediend.

Zult u nog andere initiatieven nemen om het leven van astmapatiënten te verbeteren? Ik denk bijvoorbeeld aan een betere communicatie, zowel onderling als tussen apothekers, longartsen en huisartsen, en aan de opvolging van trajecten door de longarts bij ernstige astma.

Zitten er nog andere maatregelen in de pijplijn?

**15.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Vanpeborgh, uw vraag is belangrijk op zich en komt toevallig aan bod op een moment waarop wij eigenlijk aandacht moeten hebben voor astma. Ik kan u bevestigen dat de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen gecontacteerd werd met de vraag om de mogelijkheid te onderzoeken om de door u genoemde voorzetkamers bij doseeraerosols terug te betalen. Die vraag kwam van een taskforce, opgericht voor het onderzoek naar alternatieven in geval van onbeschikbaarheid van farmaceutische specialiteiten en samengesteld uit mensen van verschillende instanties, naar aanleiding van de onbeschikbaarheid van budesonide in ampullen voor verneveling. Experts in longziekten kaarten het belang van het gebruik van voorzetkamers aan in de behandeling van doseeraerosols en benadrukten de betere opname ten opzichte van verneveling via aerosols.

De aanvraag voor de terugbetaling van voorzetkamers zit op het moment nog in de onderzoeksfase. Verschillende partners, onder meer artsen gespecialiseerd in longziekten en allergie en de patiëntenverenigingen, zijn gecontacteerd voor hun inbreng.

Bij de aflevering van inhalatiecorticosteroïden bij astma kan de patiënt zich laten begeleiden door de huisapotheken voor het correct gebruik van zijn geneesmiddel. De prestatie kan worden uitgevoerd bij de opstart of voor een wijziging van farmacologische klasse. Daarnaast werd de prestatie uitgebreid voor chronische patiënten wanneer zij nood hebben aan bijkomende gepersonaliseerde begeleiding. Ik denk dat dat onvoldoende bekend is, mogelijk moeten wij het bestaan daarvan meer beklemtonen. Eerst is er een gesprek om de patiënt te informeren over de plaats en de rol van de inhalator in zijn behandeling en ook te motiveren om het geneesmiddel langdurig te gebruiken met zo goed mogelijke therapietrouw als doelstelling. Dan volgt er een opvolggesprek om te peilen naar de ervaring van de patiënt en eventueel ongewenste effecten op te sporen. Dat kadert als een prestatie van de apotheker in de voortgezette farmaceutische zorg. De apotheker wordt daar ook voor vergoed. We moeten ons afvragen of dat op het terrein voldoende in de praktijk wordt gebracht.

Op het moment zitten er geen andere initiatieven in de pijplijn. Astmapatiënten die aan specifieke voorwaarden beantwoorden, kunnen wel terecht in centra voor respiratoire revalidatie die een overeenkomst hebben gesloten met het RIZIV. Het gaat om UZ Leuven, UZ Gent, CHU de Liège en Vivalia Libramont. Kinderen die aan astma lijden en aan specifieke voorwaarden beantwoorden, komen voor revalidatie in aanmerking in het Zeepreventorium en ook in Clairs Vallons.

**15.03** **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord. Het gesprek over het goede gebruik van de geneesmiddelen betekent hoe dan ook een belangrijke stap vooruit. Dat mag beklemtoond worden. Ik ben het met u eens dat het nog meer ruchtbaarheid kan gebruiken en dat het nog meer moet worden toegepast. Hoe dan ook is het een erg mooie stap voorwaarts.

Ik noteer dat de terugbetaling van de voorzetkamers nog wordt onderzocht en dat de kogel dus nog niet door de kerk is. Laten we hopen op een positief resultaat eerstdaags. Volgens mijn onderzoek worden ze in andere landen wel al terugbetaald gelet op het positieve effect.

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

**16** **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van het coronabeleid" (55036240C)**

**16** **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation de la gestion de la pandémie de covid" (55036240C)**

**16.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, u weet dat het voor mij



belangrijk is dat er een onafhankelijke doorlichting van het coronabeleid in België gebeurt. Ik meen trouwens dat ik niet de enige ben voor wie dat belangrijk is. U weet ook dat ik van mening ben dat die evaluatie al lang geleden had moeten gebeuren.

Tijdens een verenigde commissie voor Binnenlandse Zaken en Gezondheid, in januari 2023, gaf u aan dat de opdracht aan de OESO was gegeven en dat de vraagstelling ook bijna rond was. De looptijd van de evaluatie door de OESO zou ongeveer negen maanden zijn. Even later, in maart 2023, gaf u in de commissie voor Gezondheid aan dat de overeenkomst met de OESO inzake de evaluatie gesloten was. Verder vind ik daar echter weinig over terug.

Is de overeenkomst met de OESO openbaar? Waar kunnen wij die raadplegen?

Wat is de specifieke vraagstelling? Wie en welke disciplines worden betrokken bij de evaluatie? Kunt u daarvan een overzicht geven?

Heeft de eerste vergadering van het begeleidingscomité plaatsgevonden? Is daarvan een rapport beschikbaar?

Wanneer is de evaluatie door de OESO gestart? Wanneer kunnen wij het resultaat verwachten?

**16.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, in antwoord op uw eerste vraag kan ik u meegeven dat het Overlegcomité op 20 januari 2023 een nota goedkeurde waarin de opdracht wordt gegeven aan de OESO om een onafhankelijke evaluatie van ons covidbeleid uit te voeren. De nota beschrijft ook in algemene termen het mandaat en de aspecten die België graag behandeld wil zien.

Mevrouw de voorzitter, wij kunnen de nota delen. Ik zal aan mijn medewerkster vragen om die aan het secretariaat te bezorgen.

Mevrouw Gijbels, u vraagt, ten tweede, wat de specifieke vraagstelling is. U zult die kunnen lezen, maar op dit ogenblik definieert de OESO samen met de Belgische overheden de precieze *terms of reference* voor de evaluatie. Het evaluatieteam van de OESO organiseert daartoe een reeks consultaties met de betrokken partijen. De *terms of reference* zullen sowieso in lijn liggen met de nota van het Overlegcomité, waarover ik het had.

De OESO ambieert een integrale evaluatie van ons covidbeleid, waarbij zowel de *preparedness* als response- en recoveryaspecten aan bod komen. Behalve gezondheidszorg, gezondheidsbeleid en crisisbeheer rond COVID-19 zal ook het covidbeleid op het niveau van het onderwijs, het economische en budgettaire beleid en het sociale beleid worden onderzocht.

U vraagt ook wie en welke disciplines bij de evaluatie zullen worden betrokken. Ik ben van mening dat het beter is te spreken over sectoren die zullen worden geëvalueerd veeleer dan disciplines. De OESO zal kijken naar de mate waarin ons land voorbereid was op de crisis, naar het beheer van de crisis zelf en naar de weerbaarheid van het systeem in de toekomst. Ik herhaal dat ook het beleid op het niveau van het onderwijs, het economische en budgettaire beleid en het sociale beleid bekeken zullen worden.

Over alle werkpakketten heen wordt ook gekeken naar specifieke doelgroepen, denk bijvoorbeeld aan de doelgroep jeugd en ouderen. Er wordt ook gekeken naar de proportionaliteit tussen de maatregelen en individuele vrijheden en naar de impact op levenskwaliteit, met inbegrip van de geestelijke gezondheid.

Er is een rapport van de eerste vergadering van het begeleidingscomité. Hoewel dat eigenlijk een soort individueel rapport is, kan ik dat wel delen, indien u dat wenst.

De evaluatie ging formeel van start met de eerste vergadering van de taskforce op 11 april en het eindrapport wordt verwacht voor het einde van het jaar.

**16.03** **Frieda Gijbels (N-VA)**: Mijnheer de minister, het einde van dit jaar is wel een heel ruime periode na de start van de covidcrisis. Het wordt de hoogste tijd dat de evaluatie afgerond wordt en dat er conclusies worden getrokken. Ik denk dat wij zowat het laatste land zijn dat er werk van maakt.

Wij zijn nochtans heel erg getroffen door de covidcrisis, zeker in de eerste golf. Onze economie, onze samenleving, ons mentaal welzijn en ons onderwijs hebben het zwaar te verduren gekregen en zijn nog altijd aan het herstellen. We moeten dus echt alles op alles zetten om daaruit de gepaste lessen te trekken, om te voorkomen dat we dit een tweede keer moeten meemaken.

Zo'n evaluatie is niets vrijblijvends of iets wat zo lang kan worden uitgesteld. Veel ervaringen en indrukken vervagen immers of zijn al vervaagd, terwijl we echt een scherpe analyse nodig hebben. Ik vind het dus echt veel te laat.

Men is ermee bezig en ik hoop dat het vlot loopt. Ik hoop eveneens dat de juiste gesprekken en analyses zullen volgen. Ik heb er echter mijn bedenkingen bij en blijkbaar hebt u die ook, want u hebt bij BELSPO opnieuw een studie besteld om de zogenaamde blinde vlekken te analyseren.

Het is heel gek dat dat niet in dit onderzoek kan worden opgenomen.

Die studie zou ook alweer 7 miljoen euro kosten. Waarom kan dat toch maar niet transparanter, eenduidiger, eenvormiger en sneller? Het is goed dat u de rapporten en nota's zult delen, maar de burger heeft toch recht op die informatie? Waarom is die niet consulteerbaar op een website? Dan kan men lezen wat er geanalyseerd wordt, welke punten onderzocht worden en wat de tijdslijn is. Het lijkt me logisch dat iedereen het verloop van die evaluatie zou moeten kunnen volgen.

Ten laatste vraag ik allang naar een aangepast pandemieplan en ik zal daarnaar blijven vragen. Het zal geen perfect plan zijn. U zegt immers altijd dat we ons nooit perfect kunnen voorbereiden op de volgende crisis. De volgende pandemie loert misschien om de hoek en we weten niet wanneer die er zal komen. Op dit moment is er geen pandemieplan en iets is altijd beter dan niets. Ik hoop dus dat er op dat vlak zeer snel stappen vooruit zullen worden gezet.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 19.03 uur.  
La réunion publique de commission est levée à 19 h 03.*