

Commissie voor Gezondheid en  
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 18 FEBRUARI 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de  
l'Égalité des chances

du

MARDI 18 FEVRIER 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 08 et présidée par Mme Ludivine Dedonder.  
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.08 uur en voorgezeten door mevrouw Ludivine Dedonder.

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

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

**01 Actualiteitsdebat over teleconsultaties en toegevoegde vragen van**

- Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Telefonische consultaties" (56002574C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van teleconsulten" (56002602C)
- Greet Daems aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van teleconsulten" (56002603C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stopzetting van de telefonische consulten bij huisartsen" (56002732C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opschorting van de terugbetaling van teleconsultaties" (56002738C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Teleconsultaties" (56002739C)

**01 Débat d'actualité sur les consultations à distance et questions jointes de**

- Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les consultations téléphoniques" (56002574C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des téléconsultations" (56002602C)
- Greet Daems à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement des téléconsultations" (56002603C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fin des téléconsultations auprès des généralistes" (56002732C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La suspension du remboursement des téléconsultations" (56002738C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les téléconsultations" (56002739C)

**01.01 Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, de huisartsen staan onder enorme druk en maken zich grote zorgen over de recente beslissing van het RIZIV om de vergoeding voor telefonische consultaties volledig te schrappen vanaf 15 februari 2025.

Die consultaties spelen een cruciale rol omwille van de toegankelijkheid en de efficiëntie van de eerstelijnszorg. De artsen waarschuwen dat de maatregel niet alleen de kosten zal verhogen, maar ook de wachttijden zal verlengen en de druk op fysieke consultaties zal doen toenemen. Er werd gewag gemaakt van een protestactie om tussen 15 februari en 15 maart geen enkele telefonische consultatie meer te doen.

Bent u op de hoogte van de geplande actie? Hebt u intussen overleg gehad met de huisartsenverenigingen over de problematiek?

Hoe wil u garanderen dat de afschaffing van de telefonische consultaties niet zal leiden tot langere wachttijden en een slechtere toegankelijkheid van de zorg, vooral voor ouderen en kwetsbare patiënten?

Fraude bij telefonische consultaties bestaat ongetwijfeld, maar rechtvaardigt dat de volledige afschaffing van het systeem? Fysieke consultaties zijn altijd duurder dan teleconsultaties. Zou het niet beter zijn om een efficiënt controlesysteem te ontwikkelen dat systematisch en automatisch misbruik opspoot in plaats van de teleconsults af te schaffen?

**01.02** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, we kaarten hier in het debat een belangrijk thema aan, des te meer omdat de huisartsen het de jongste jaren al hard te verduren hadden en ook nu kreunen onder de griep epidemie.

Sinds de covidcrisis is het toegelaten telefonische consultaties te houden. Op 31 januari besliste het RIZIV evenwel de terugbetaling voor teleconsultaties af te schaffen en twee weken later, op 15 februari, was de maatregel al van kracht, zonder dat er fatsoenlijk rekening gehouden werd met de impact op de toegankelijkheid van de zorg en er in een overgangperiode werd voorzien.

Wij kregen heel veel berichten van huisartsen die met de handen in het haar zitten, omdat de maatregel extra werklast met zich zal brengen en de zorgkwaliteit in het gedrang brengt. Ik geef een voorbeeld. Voor de huisartsenwachtpost Regio Turnhout, die jaarlijks meer dan 10.000 teleconsultaties houdt, betekent de maatregel 200 livecontacten extra per week. Op een weekenddag zijn er 80 patiënten extra. Dat is niet werkbaar. De maatregel duwt de huisartsen naar duurdere en meer tijdrovende fysieke consultaties, met een verminderde zorgtoegankelijkheid, langere wachtlijsten en zorguitstel als gevolg. Ze zien het ook als een aanval op de waardering van hun werk.

De logica is omgedraaid. De maatregel wordt voorgesteld als een besparing, maar de artsen argumenteren dat de teleconsultaties precies een besparing zijn ten opzichte van liveconsultaties. Waarom kiest men voor die besparing op de kap van de artsen?

De artsen voelen zich niet gehoord. U hebt in de media gezegd dat de maatregel genomen is op vraag van de artsen, maar dat is niet het signaal dat we krijgen van hun. Hoe kunnen we de transparantie en de dialoog dus verbeteren?

Vindt u het niet oneerlijk de besparingslast unilateraal bij de artsen te leggen? Toen de besparing op tafel lag bij het RIZIV, ging het om een bijdrage van de artsen en van de farma-industrie. Een bijdrage van die laatste ligt nu niet meer op tafel.

**01.03** **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, mijn collega's schetsten de situatie al uitvoerig; ik neem er graag wat cijfers bij. In 2022 factureerden artsen voor 2,3 miljoen euro telefonische consultaties bij het RIZIV, een jaar later was dat al 6,3 miljoen euro en in de eerste tien maanden van 2024 was er een groei van 7 % tegenover dezelfde periode een jaar eerder. De kostprijs van zo'n consult is bijna 12 euro, waarvan 2 euro remgeld, dat blijkbaar veelal niet geïnd wordt wegens te veel administratie.

Er zou vastgesteld zijn dat sommige artsen uitzonderlijk veel telefonische raadplegingen factureerden. Daarom zou u het systeem hebben opgeschort, tot er een nieuwe regeling is met duidelijke afspraken. Het is echter heel onduidelijk wanneer die regeling er precies zal komen. We vernemen ondertussen dat heel wat huisartsen weigeren om gratis telefonische consulten te doen, waardoor de wachttijd om toegang te krijgen tot de huisarts opnieuw dreigt toe te nemen.

Ik deel de bekommernis van vele collega's dat de huisartsen nu al enorm onder druk staan. Ze hebben vaak al een patiëntenstop. De teleconsulten hielpen de hoge werkdruk een stukje te compenseren en of laten in elk geval toe dat huisartsen meer patiënten kunnen behandelen.

De maatregel bekommert ons enorm, aangezien de huisarts toch de centrale figuur is in de hulpverlening en onze gezondheidszorg. We moeten de huisarts dan ook koesteren.

Mijnheer de minister, hoe schat u de gevolgen van de beslissing in? Zal de afschaffing van de vergoeding voor telefonische consulten leiden tot meer fysieke consulten, wat dan weer duurder is voor de ziekteverzekering? Of zal de wachttijd voor de patiënt om een huisarts te zien, nog verder toenemen?

In het regeerakkoord staat dat u tot een afsprakenkader wil komen in overleg met de zorgverleners, waardoor zij solidair en in onderling overleg oplossingen op de gepaste schaal voor de zogenaamde patiëntenstops moeten zoeken. Hoe denkt u dat huisartsen nog een oplossing zullen vinden, als de vergoeding voor de enige deeloplossing, namelijk de telefonische consulten, wordt opgeschort?

Uiteraard begrijpen ook wij dat er bij een overschrijding van het budget moet kunnen worden ingegrepen, maar hier wordt er een maatregel genomen die alle artsen treft en die de mensen die er misbruik van maken net ongemoeid laat. Had men niet beter naar een tussenoplossing gekeken, zoals een forfait per maand of een bepaald maximum, waardoor telefonische consulten toch kunnen blijven doorgaan en het budget tegelijkertijd onder controle wordt gehouden?

Ten vierde, het RIZIV werkt aan criteria om betere afspraken te maken voor de aanrekening van telefonische consulten. Aan welke criteria wordt er gedacht en wanneer zal die oplossing er zijn?

La **présidente**: Madame De Knop, votre question a pris quatre minutes alors que le temps de parole est de deux minutes. Je demande à chacun de bien vouloir respecter les temps de parole.

**01.04** **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik heb nog een aantal bijkomende vragen over dit thema.

Bij hoeveel artsen was er echt sprake van een overschrijding van het verwachte aantal teleconsultaties? Men zal immers wel een bepaalde begroting voor ogen hebben gehad. Waren het gebruik en de overschrijding ervan gelijk verspreid over de provincies?

Klopt het dat de terugbetaling voor videoconsultaties wel nog behouden blijft? Welke platformen worden gebruikt voor videoconsultaties? Hoeveel videoconsultaties verlopen via de Doktr-app? Welke rol spelen de mutualiteiten hierin, met name CM en Solidaris? Hebben zij hier ook financiële belangen bij?

Wat is uw plan in verband met de teleconsultaties en videoconsultaties?

Kunt u voor de videoconsultaties cijfers geven van de laatste jaren en de verschillende provincies? Via welke apps verliepen de consultaties?

**01.05** **Nawal Farih** (cd&v): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke voorbereiding van mijn vraag. Ik zal mijn vragen wel herhalen, zodat de commissie kan volgen.

*Geachte minister, vanaf 15 februari worden huisartsen tijdelijk niet meer vergoed voor telefonische consultaties. Dit naar aanleiding van een beslissing van de medicomut tot opschorting omwille van de hoogoplopende kosten en de overschrijding van het gezondheidszorgbudget. De tijdelijke opschorting is dus in principe een besparingsmaatregel.*

*Het idee om telefonische raad-plegingen terug te betalen ontstond tijdens de coronapandemie. Artsen krijgen 11,93 euro per tele-fonische consultatie, waarvan 2 euro door de patiënt betaald moest -worden. Het RIZIV ging ervan uit dat de maatregel tijdelijk en budgetneutraal zou zijn, want de raadplegingen vervingen fysieke consultaties. Maar ook na de pandemie bleven ze populair, en -kwamen ze boven op de gewone consulten. In 2023 factureerden artsen 6,3 miljoen keer voor een telefonisch consult, en in de eerste tien maanden van 2024 was er een groei van 7 procent tegenover dezelfde periode een jaar eerder.*

*Een van de problemen bleek echter dat er nauwelijks een kader is voor de vergoeding van de teleconsultaties, waardoor huisartsen naar goed-dunken kosten doorgeven. De meesten doen dit uiteraard correct, maar er bestaat wel een risico op misbruik. Een werkgroep binnen het RIZIV zou wel bezig zijn met uitwerken van een nieuw kader. Daarbij wordt gekeken naar zowel de duur van het gesprek als de aard ervan. Een kort telefoontje om louter de resultaten van een bloedtest mee te delen zou bijvoorbeeld anders vergoed worden dan een klinisch en therapeutisch gesprek van een kwartier.*

*Door de tijdelijke opschorting van de vergoeding kwam er reeds een oproep voor huisartsen om een maand lang geen teleconsultaties meer uit te voeren. Wetende dat de huisartsen nu reeds overspoeld worden met werk en het voor patiënten vaak niet evident is om vlot bij een huisarts te geraken, vrees ik dat de toegankelijkheid van de huisartsenzorg hierdoor in het gedrang zal komen. Bovendien mogen we niet vergeten dat teleconsultaties nog steeds een stuk goedkoper zijn voor de ziekteverzekering dan een fysieke consultatie.*

Is de werkgroep binnen het RIZIV al opgestart? Worden de artsensyndicaten daarbij betrokken? Indien de werkgroep nog niet werd opgestart, welke timing voorziet u dan? Welke timing voorziet u voor de ontwikkeling van het nieuwe kader? Ik vraag daarnaar omdat er een verschil is tussen een telefonisch consult om een diagnose te stellen en een telefonisch consult om bloedresultaten door te geven. Zoals ik het begrepen heb, is er vandaag echter geen verschil in nomenclatuur voor die twee verschillende vormen van dienstbetoon.

De opschorting van de vergoeding is ook tijdelijk. Is er al een streefdatum gecommuniceerd aan de huisartsen, zodat ze beter weten wat er op hen afkomt? Zult u dat soms ook laten bekijken door de werkgroep van het RIZIV? Bestaat er zo geen risico dat er als gevolg van de afschaffing van de vergoeding van de teleconsultaties net meerkosten zullen komen voor kleine consulten die wel digitaal of telefonisch kunnen plaatsvinden? De wachtzaal kan zo eveneens alleen maar voller worden, terwijl de telefonische consultaties net dienden om grip te krijgen op de wachtlijsten bij de huisarts.

La **présidente**: Est-ce que quelqu'un souhaite encore prendre la parole? (*Non*)

**01.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik begrijp zeer goed dat de huisartsen zich grote zorgen maken over de terugbetaling van teleconsultaties en de toekomst van dat systeem. Ik vind teleconsultaties ook een belangrijk gegeven in de praktijk van vandaag.

Ik wil wel duidelijk zeggen hoe die beslissing tot stand is gekomen. De beslissing is genomen op uitdrukkelijke vraag van de artsenorganisaties zelf, in het kader van een discussie over de begroting en vooral in afwachting van een hervorming van de financiering van de teleconsultaties zodat men een duurzaam en werkbaar systeem krijgt.

Collega's, ik geef u dus eerst even de context. We hebben in september 2024 vastgesteld dat in de begroting van de ziekteverzekering een aanzienlijke ontsporing van de uitgaven dreigde, waardoor de uitgaven in 2025 veel sterker zouden toenemen dan de groeinorm van 2,5 %. Dat is natuurlijk niet goed. Het is belangrijk dat we investeren in gezondheidszorg en we zullen nog meer investeren in gezondheidszorg. Dat is echter niet hetzelfde als het kraantje openzetten en het water laten lopen. Ook dan, wanneer er groeibudgetten zijn zoals we vandaag hebben, moet ervoor gezorgd worden dat de uitgaven binnen de limieten en afspraken van de budgetten blijven. Op dat vlak hebben de organisaties van de zorgverstrekkers en de mutualiteiten een belangrijke verantwoordelijkheid.

Ik wil om te beginnen meegeven dat ik blij ben dat alle artsenorganisaties die verantwoordelijkheid ook hebben genomen. Toen we een risico op overschrijding vaststelden van het budget voor de artsenhonoraria voor het jaar 2024 met 185 miljoen euro, hebben ze samen met de mutualiteiten in september 2024 beslist dat ze die overschrijding moesten aanpakken.

Er zijn verschillende voorstellen op tafel gekomen, zoals een aantal ingrepen bij artsen-specialisten en inderdaad een belangrijke ingreep in de vergoeding van teleconsultaties. Dat gebeurde op voorstel van de artsenorganisaties. Waarom hebben zij dat voorgesteld? De reden is niet onlogisch. We stelden immers vast dat het systeem uit de hand liep. Dat geldt voor het globale budget, maar ook voor een aantal – gelukkig heel beperkte – duidelijke vaststellingen van misbruiken.

Toen de tele- en videoconsultaties werden ingevoerd tijdens de covidcrisis, werd ervan uitgegaan dat zij samen 5 % van de fysieke raadplegingen zouden vervangen en dat ze dus geen extra geld zouden kosten. Nu zien we alleen al voor de teleconsultaties een meerkost van 68,4 miljoen euro. Wat we vooral zien, is dat een echt heel kleine minderheid van artsen buitensporig veel gebruikmaakt van teleconsultaties. Daardoor kunnen we niet anders dan besluiten dat er misbruik is.

Ik verwijst naar cijfers die de artsenorganisatie Het Kartel heeft gepubliceerd op data van 2023. U vindt

die cijfers overigens ook op de website van die artsenorganisatie. Van de 14.128 actieve huisartsen rekenden volgens hen 10.935 huisartsen teleconsultaties aan. Dus 22,7 % van de huisartsen heeft nooit een teleconsultatie aangerekend. Een ruime meerderheid van 84 % van de huisartsen rekent minder dan 1.000 teleconsultaties aan per jaar. Dat is 44,9 %. Ze gebruiken dus minder dan de helft van hun budget.

In 2023 gebruikte 16 % van de huisartsen ruim meer dan de helft van het budget. Er waren 29 artsen die elk meer dan 5.000 teleconsultaties per jaar aanrekenden en daarmee 2,1 miljoen euro onder elkaar verdeelden. Er was een toppresterder die 11.000 telefonische consultaties aanrekende, zoals ook het Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België (ASGB) rapporteert. Volgens Het Kartel moet men daarvoor 183 dagen gedurende 10 uur per dag onafgebroken aan de telefoon hangen. Dat is een duidelijk geval van misbruik.

Helaas is het vaak zo dat een grote meerderheid van goed menende correcte mensen het slachtoffer zijn van een zeer klein groepje dat het systeem misbruikt. Als een systeem evenwel misbruik toelaat, moet het worden herbekeken. Daarom heb ik er al in september 2024 voor gepleit dat de federale regering de voorstellen van de actoren van de ziekteverzekering zou omzetten in beleid. De belangrijkste ingreep in die voorstellen was een pakket correcties in het geneesmiddelenbudget. Een andere, iets minder belangrijke ingreep betrof de honoraria van de artsen, waarbij vooral de terugbetaling van de teleconsultaties tijdelijk op nul werd gezet in afwachting van een hervorming.

Daarover is ondertussen veel gepraat, maar er is geen eensgezindheid ontstaan tussen de artsenorganisaties over hoe die hervorming er moet uitzien. Dus hebben de artsenorganisaties Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS), ASGB en de Alliantie Artsenbelang-Domus Medica (AADM) zeer uitdrukkelijk schriftelijk aan de voorzitter van de medicomut gevraagd om de vergoeding op nul te zetten. Ik denk niet dat ze dat met enig plezier gedaan hebben. Er bestond daarover bij hen ongetwijfeld een interne discussie. Ze hebben dat evenwel zelf gevraagd, omdat ze het niet eens raakten over de hervorming.

In de werkgroep zijn de artsensyndicaten de centrale speler; zij spelen de eerste viool. Ik hoop dat ze zeer snel met een echt hervormingsvoorstel komen, waardoor we een duurzame toekomst voor de teleconsultaties kunnen verzekeren. We moeten zorgen voor een eenvoudig, helder systeem, geen labyrint van allerlei regeltjes, maar tegelijkertijd een systeem dat er niet op neerkomt dat men gewoon een kraantje opendraait en dat men per individuele prestatie betaalt en blijft betalen, zonder limieten. Dat kan duidelijk niet. Voor de hervorming moeten we dus streven naar een duurzaam en een goed systeem.

Ik wil daaraan toevoegen dat de artsenorganisaties voor het budget, nodig voor die hervorming, elders in de begroting van de ziekteverzekering naar compensaties zullen moeten zoeken. We moeten er immers voor zorgen dat die begroting groeit met niet meer dan de geplande 2,5 % reële groei. We moeten in dat spoor blijven.

Ik wil die boodschap nog een beetje verbreden, collega's. We gaan met deze regering zeer sterk investeren in de gezondheidszorg. We hebben een groeinorm van 2,5 % dit jaar, volgend jaar 2 %, dan nog eens 2 %, dan 2,6 % en dan 3 %. Dat betekent echter niet dat elke euro die wordt uitgegeven aan de doelstelling beantwoordt of goed besteed is. We zullen integendeel de komende maanden en misschien zelfs de komende twee jaar zeer sterk moeten inzetten op het beheersen van die uitgaven. We zullen de overdrijvingen, ontsporingen en misbruiken moeten bestrijden, zodat er ruimte is voor wat echt noodzakelijk en prioritair is. Dat zal het grote werk van de komende maanden en misschien zelfs jaren zijn.

We hebben een hele mooie extra marge in het regeerakkoord, bijna vier miljard euro extra boven op de indexering tegen 2029. We moeten vermijden dat dat wordt opgesoupeerd, als ik mij zo mag uitdrukken, in uitgaven die eigenlijk niet adequaat zijn en misschien zelfs niet nodig of niet passend zijn of voor systemen die bij een kleine minderheid ook misbruiken toelaten.

Ik ben blij dat de artsenorganisaties daarin hun verantwoordelijkheid nemen. Het is voor hen inderdaad niet eenvoudig om dat uit te leggen aan hun achterban. Dat zie ik, maar ze nemen daarin hun verantwoordelijkheid. Ik wacht op een hervormingsvoorstel voor een duurzaam, robuust en eenvoudig systeem dat aanzet tot verantwoordelijkheid. We zullen daarvoor dan geld moeten zoeken, want dan

moeten we de noodzakelijke bijsturingen elders in het artsenbudget vinden.

Ik wil ook heel duidelijk zeggen dat videoconsultaties aangerekend kunnen blijven worden. Raadplegingen op afstand zijn nog altijd mogelijk. We moeten een heel duidelijk onderscheid maken. Een telefoontje plegen om een attest, een voorschrift of het resultaat van een test te krijgen, is geen teleconsultatie. Artsen hebben dergelijke telefoontjes altijd al gepleegd en ik veronderstel dat ze dat zullen blijven doen. Een teleconsultatie is een onderzoek aan de telefoon, waarin een patiënt uitlegt welke klachten hij heeft, de arts via de telefoon een anamnese doet en eventueel een behandeling, oplossing of verdere stappen voorstelt. Dat is een teleconsultatie en niet een gewoon telefoontje. Een gewoon telefoontje wordt niet vergoed.

Als een huisarts na een telefoontje een document opstelt, kan hij daarvoor een kleine adviesvergoeding krijgen, maar een gewoon telefoontje, bijvoorbeeld om een attest te vragen, wordt en werd nooit vergoed, maar toch doen artsen dat. Een teleconsultatie is iets heel specifiek, is een onderzoek via de telefoon. In afwachting van een hervorming is de terugbetaling daarvoor nu op 0 gebracht.

Mevrouw Gijbels, u hebt een aantal specifieke vragen gesteld. Ik stel voor dat u ze mij schriftelijk herhaalt. Er is een vraag die ik moeilijk kan beantwoorden en dat toont precies aan wat er hieromtrent ontbreekt in het beleid. U vraagt hoeveel artsen daarvan meer dan verwacht gebruik maakt. We weten echter niet wat er werd verwacht. Er is geen norm, we hebben nooit vastgelegd wat we konden verwachten dat de doorsnee huisarts daarmee zou doen. Ik kan dus niet antwoorden op die heel precieze vraag.

Ik kan u wel een overzicht geven van het gebruik. Dat vindt u overigens ook terug op de website van het ASGB (Algemeen Syndicaat van Geneeskundigen van België). Ik kan u zeggen wat duidelijk excessief is, maar we moeten inderdaad nadenken over wat een normaal gebruik is.

Ik heb de verdeling over de provincies ook niet bij de hand. Indien u gedetailleerde statistische vragen hebt, kunt u ze schriftelijk stellen. Ik zal die dan zo snel mogelijk schriftelijk beantwoorden.

**01.07 Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, dank u voor uw uitvoerige antwoord. U zei dat de artsenorganisaties zelf dat verzoek hadden geformuleerd. In het persbericht van de Belgische Vereniging van Artsensyndicaten staat dat het RIZIV ze het mes op de keel heeft gezet. De BVAS stelt dat ze geen vragende partij was om de vergoeding tijdelijk op nul te zetten.

U weet dat wij geen voorstander zijn van uitgaven die hoger liggen dan de groeinorm. Het Vlaams Belang is dus zeker uw partner om die ontsporing en dat misbruik op te sporen en te bestrijden. Ik bestudeer zelf dagelijks waar die ontsporing, dat misbruik en die overdrijving zich precies situeren. Ik zal niet nalaten daarover vragen te stellen en u daarover te berichten.

Ik zie die ontsporing echter niet in de teleconsultaties. In het regeerakkoord staat dat men artsen die praten meer zou willen belonen. Dat is een goed voorbeeld van de huisarts die tijd uittrekt voor zijn patiënt en die dat ook op afstand doet voor de kwetsbare en de oudere patiënt. Vandaar mijn vraag om dat systeem te herbekijken. U hebt aangegeven dat u op een voorstel wacht. Daarom vraag ik naar een deadline. Ik heb daaromtrent niets gehoord.

Wat het misbruik betreft, merk ik op dat u een zeer goed zicht hebt op de artsen die dat systeem gebruiken. Ik vraag naar het aantal calls. U gaf aan dat de zogenaamde toppresterende arts zelfs 10.000 calls deed. 29 artsen hadden 5.000 calls per jaar. Het kan dus heel goed opgevolgd en gecontroleerd worden.

Zelf geeft u aan dat men bij het hervormen op zoek moet gaan naar een goed, helder systeem. U beschouwt het meedelen van bloedresultaten niet als een teleconsultatie, maar als er klachten worden beschreven, als de arts uitleg geeft en er achteraf een document kan worden opgemaakt, dan is het wel een teleconsultatie. Men kan dus met andere woorden die gegevens anonimiseren en checken of er misbruik is gepleegd. Dat is een goede basis om die teleconsultaties te behouden.

**01.08 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, met uw beslissing om teleconsultaties niet meer te vergoeden wegens het misbruik ervan gooit u het kind met het badwater weg. Het is niet de schuld van de arts en de patiënt dat het kader en de regelgeving voor de telefonische consultaties

ontbraken. U vindt het jammer dat de grote meerderheid van mensen die het goed menen het slachtoffer is van een minderheid die het systeem misbruikt. Dat misbruik kan echter toch worden aangepakt zonder dat daarvoor de teleconsultaties afgeschaft moeten worden? De volledige afschaffing is niet eerlijk.

Volgens u hebben de artsen er zelf om gevraagd. Verschillende collega's hebben gisteren de e-mail van de BVAS gekregen met haar standpunt. De BVAS verzet zich tegen de afschaffing van de terugbetaling. Het RIZIV heeft die beslissing eenzijdig genomen en zet daarmee de artsen het mes op de keel. U kunt moeilijk blijven beweren dat de artsen daar om hebben gevraagd. Het is uw goed recht om bij uw standpunt te blijven, maar de artsen hebben zeer duidelijk gecommuniceerd dat zij niet tevreden zijn met de maatregel.

U hebt niet geantwoord op mijn vraag of daarmee de last van de besparingen eenzijdig op de artsen wordt gelegd. Volgens u was de correctie van het geneesmiddelenbudget de belangrijkste ingreep op de Algemene Raad. Wat is er daarvan gekomen? De artsen voelen zich geïsoleerd. Ze kunnen immers sancties krijgen in verband met langdurig ziekten. Ook het ziektebriefje voor één dag lag op de onderhandelings tafel en nu is dit er weer. Nochtans kampen we met een groot tekort aan huisartsen. Het beroep moet aantrekkelijker worden gemaakt, maar dit is niet de manier om dat te doen. Het water staat de huisartsen aan de lippen. Ik weet niet wanneer u nog eens op een huisartsenpost was op een drukke dag of in het weekend, maar het is echt wel belangrijk de huisartsen met meer respect te behandelen.

**01.09 Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden. Uiteraard begrijpen we dat budgettaire overschrijdingen moeten worden aangepakt, maar uit uw zeer uitgebreid antwoord blijkt dat de pijnpunten kunnen worden blootgelegd. Er kan dus perfect op de misbruiken worden ingegrepen.

Daar kiest men nu niet voor. Men opteert nu voor een algemene afschaffing. Ik sluit me aan bij de opmerkingen van de collega's en verwijs naar de kritiek van BVAS – ik citeer –: "Afschaffing van de terugbetaling van teleconsultaties: een onverantwoorde en contraproductieve beslissing". Die verklaring is, denk ik, nog geen week oud. Uw antwoord in de commissie staat dus haaks op wat we daarover lezen. Overigens, we lezen dat niet alleen. Uit mijn contacten met huisartsen bij mij in de regio leer ik dat ze allemaal verbolgen zijn over de beslissing, precies omdat ze met te weinig zijn. Veel van hun collega's vallen ook uit. Daarom moeten ze patiëntenstops invoeren en zijn ze compleet overbelast. Ze zijn zeer, zeer ongerust en een voor een geven ze mij aan dat teleconsultaties een middel zijn om de toegankelijkheid tot de zorg toch te garanderen, een ambitie die u ook uitdrukkelijk in het regeerakkoord hebt uitgesproken. In die zin is de beslissing dus wel wat contradictorisch.

Bovendien moeten we er ook echt over waken dat de vooropgestelde besparing realistisch is. Volgens BVAS is de kans namelijk heel groot dat er een verschuiving komt van teleconsultaties naar fysieke consultaties en die laatste zijn driemaal zo duur. Finaal zou het dus kunnen dat u geen besparing realiseert, maar dat het budget nog verder wordt overschreden.

Het is wel opmerkelijk dat er niet gekozen werd voor een bijsturing en het aanpakken van het misbruik, maar voor een algemene stopzetting. Ik noteer uw verklaring dat er een bijsturing komt. Dan verneem ik graag voor wanneer we die mogen verwachten, want die moet op afzienbare tijd soelaas brengen voor de huisartsen, die absoluut ons respect verdienen voor hun rol in de eerstelijnsgezondheidszorg.

**01.10 Frieda Gijbels** (N-VA): Ik ben het helemaal met u eens, mijnheer de minister, dat we te allen tijde moeten trachten de uitgaven binnen de perken te houden en dat we efficiëntieoefeningen moeten blijven doen, waardoor zowel de kwaliteit als de betaalbaarheid van de zorg gegarandeerd blijft. Teleconsultaties moeten wat mij betreft daar zeker deel van uitmaken. Ik hoor dat u daar ook zo over denkt.

Eigenlijk is er nergens op de website van het RIZIV heel duidelijk geformuleerd wat een teleconsultatie wel en niet precies inhoudt. Het is ook voor de patiënten van belang te weten dat voor bepaalde zaken geen teleconsultatie aangerekend kan worden.

U bent niet grondig ingegaan op de kwestie van de videoconsultaties. Ik zal daarover een aantal bijkomende vragen stellen, want ik ben in dat verband toch wat ongerust. Bij een videoconsultatie is

een arts-patiëntrelatie niet noodzakelijk. Men kan bijvoorbeeld een arbeidsongeschiktheidsattest opvragen via een dergelijke app. We moeten dat fenomeen goed opvolgen. Het mag niet de bedoeling zijn om arts-patiëntrelaties, die heel belangrijk zijn om de patiënt te kunnen inschatten, te verwaarlozen.

Mijnheer de minister, als we ernaar streven teleconsultaties misbruikproof te maken, aangezien die toch een plaats moeten hebben in de artspraktijk, moeten we goed nadenken over de rol van het lage remgeld. Ik besef dat dat geen populaire mening is. Collega Farih denkt daar bijvoorbeeld anders over. Wanneer een arts een laag of zelfs helemaal geen remgeld aanreken, schat men de waarde van de consultatie niet meer juist in. Ook daarom vind ik dat meer informatie aan de patiënten van belang is.

**01.11 Nawal Farih (cd&v):** Het is interessant dat we als collega's met meningsverschillen ook kunnen samenwerken. Op die manier versterken we het systeem immers nog meer.

De timing en de context van dit verhaal is moeilijk. We zitten immers volop in een griep epidemie. Er is heel wat druk op de huisartsen, waardoor het wat ongelukkig is om de teleconsultaties nu terug te trekken.

Ik vind het wel belangrijk dat de overconsumptie gezocht en bestreden wordt. Wat ik hier echter de voorbije twee weken heb gemist, mijnheer de minister, is de communicatie met de patiënten. Er zijn heel wat chronisch zieken die rekenen op die teleconsultaties, net als heel wat senioren. Zij hebben de voorbije twee weken echter in het duister getast. Er is vast en zeker heel wat gecommuniceerd met de artsensyndicaten, maar het is ook onze rol als overheid om de patiënten mee op te nemen in onze communicatie. We moeten ervoor zorgen dat er geen ruis op de lijn zit. Op dit moment hoor ik namelijk heel wat frustratie, zowel bij de artsensyndicaten als bij de patiëntenvertegenwoordigers. Dat moeten we wegwerken, want op die manier zullen we niet naar elkaar toegroeien.

U hebt dus mijn steun voor uw strijd tegen overconsumptie, maar de timing en context hadden beter gekund. Ik begrijp echter dat we rekening moeten houden met het budgettaire kader van vandaag. Ik hoop wel dat we snel kunnen schakelen, want wat mij betreft horen die teleconsultaties ook bij een kwaliteitsvolle en toegankelijke zorg.

**01.12 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw de voorzitter, ik wil even tussenkomen omdat ik iets wil rechtzetten uit eerlijkheid tegenover de leidend ambtenaar van het RIZIV, die ook de voorzitter is van de medicomut.

Men zegt hier dat het RIZIV de artsen het mes op de keel gezet heeft. Dat is onjuist en oneerlijk tegenover de leidend ambtenaar die de medicomut voorziet. Die man is immers naar die vergadering gegaan met hervormingsvoorstellen, die hij meende te kunnen opmaken uit voorafgaande besprekingen. Hij heeft daar tot zijn spijt vastgesteld dat daarover geen eensgezindheid was. Hij heeft niemand het mes op de keel gezet. Daarna hebben alle artsensyndicaten gevraagd om de vergoeding op nul te zetten. Ik citeer letterlijk uit de brief van BVAS-ABSyM. Zij zeggen dat het voorstel dat voorlag niet aanvaardbaar was. Het hervormingsvoorstel was niet goed.

"Nous vous proposons dès lors, à regret, la mise à zéro de la clef de la téléconsultation pour autant que, par arrêté royal, on supprime ce code dans un délai de deux mois. Pour nous, la vision future est plus claire. Et il est plus aisé d'expliquer au patient que la téléconsultation a été supprimée en Belgique pour des raisons budgétaires." C'est la lettre de l'ABSyM, qui prend ainsi ses responsabilités. Donc, j'apprécie. Mais dire qu'on leur a mis le couteau sur la gorge, ce n'est pas exact. Ils ont refusé notre proposition. Avec les autres organisations, ils ont demandé, et même exigé auprès de l'INAMI de mettre le remboursement à zéro. Voilà la vérité.

Men heeft ook gezegd dat dat onmiddellijk moest ingaan. Mevrouw Farih, dat verklaart waarom er een communicatieprobleem met sommige patiënten kan zijn geweest. De artsen zouden dit natuurlijk al enkele maanden met hun achterban hebben kunnen bespreken.

Collega's, ik wil nogmaals zeggen dat een systeem dat gebaseerd is op een loutere terugbetaling per prestatie van zoiets als een telefonische consultatie intrinsiek niet goed controleerbaar is. Men kan wel zeggen dat men die misbruiken eruit moet halen, maar men moet het systeem zelf herdenken.



Het is wel zo dat het principe van de teleconsultatie zeer duidelijk is: een doktersbezoek via een telefoongesprek. De nomenclatuur zegt letterlijk dat die prestatie een volledige anamnese van de patiënt omvat, een eventueel behandelvoorstel, met daarbij het eventueel opmaken en ondertekenen van de nodige getuigschriften, voorschriften en allerlei bescheiden. De arts noteert in het patiëntendossier het contact, de eventuele diagnose, de reden van de raadpleging, de raadgevingen die werd verstrekt, eventuele aanpassingen aan het behandelingsschema en de aard van de documenten die werden afgeleverd. Dat is een teleconsultatie. Dat is niet gewoon een telefoontje. Dat is wel belangrijk. Als het financieel kader bepaalt dat dit wordt betaald, met of zonder remgeld, dan is dat intrinsiek zeer moeilijk controleerbaar, maar ik denk dat teleconsultaties hun plaats moeten hebben.

Ik hoop dat we zo spoedig mogelijk, liefst nog voor het einde van het eerste kwartaal van dit jaar, voorstellen van hervorming krijgen. Ik herhaal wel dat we dan elders de correctie in het artsenbudget zullen moeten zoeken. Het is niet omdat we massaal investeren in de gezondheidszorg dat het kraantje gewoon open staat.

Ik reken ook op het begrip van deze commissie. Sommige mensen zeggen voortdurend dat we zuinig moeten zijn, dat we misbruik moeten bestrijden, dat we doelmatig moeten zijn en dat de uitgaven niet te veel mogen stijgen. Ik hoop dat, als de organisaties zelf hun verantwoordelijkheid nemen of moeten nemen, u hen daarin principieel ook steunt.

**01.13** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, het is vervelend dat u de puntjes op de i wil zetten over het spreken van de waarheid. Ik heb de woorden 'het mes op de keel' niet uitgevonden. Dat staat letterlijk in het persbericht van het Vlaams Artsensyndicaat.

**01.14** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb u dezelfde brief van die organisatie letterlijk voorgelezen, waarin zij vraagt de vergoeding op nul te zetten. Ik laat u de conclusies trekken.

**01.15** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Wij hebben ook voorgelezen wat in het persbericht staat: "Tijdens de vergadering van het Verzekeringscomité kreeg BVAS het mes op de keel gezet."

Wanneer wij dat hier weergeven, stelt u dat wij de waarheid verdraaien. In het stuk dat u hebt voorgelezen, stelt u zelf ook: "*c'était à regret*." Ook Domus Medica heeft een bericht verstuurd, waarin de organisatie uit dat zij teleurgesteld is omdat geen alternatieve besparingsmaatregelen zijn gevonden.

**01.16** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat voorstel kwam al in september 2024 van de organisaties.

**01.17** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Het is dus echt een brug te ver dat de artsen daarmee op die manier akkoord zijn gegaan en dat zij die citeren uit persberichten van een artsenvakbond, een loopje nemen met de waarheid.

**01.18** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat heb ik niet aangegeven. Ik heb zelfs het persbericht niet vermeld. Ik heb gewoon opgemerkt dat de artsenorganisaties al in september 2024 zelf hebben voorgesteld de vergoeding op nul te zetten en aan een hervorming te werken. Dat zijn gewoon de nuchtere feiten. Ik apprecieer dat zij ter zake hun verantwoordelijkheid nemen.

**01.19** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Nu verwijst u naar berichten van september 2024, toen er ook een hele discussie was over het feit dat er bijdragen waren van verschillende sectoren. Nu is de situatie echter helemaal anders. Ik verwijs nu naar een persbericht van vier dagen geleden. U antwoordt met iets wat al maanden geleden werd verklaard.

**01.20** **Jan Bertels** (Vooruit): Mevrouw de voorzitter, de meesten onder ons zijn het erover eens dat teleconsultaties een rol kunnen spelen in de huisartsengeneeskunde. Het moet dan wel gaan om teleconsultaties zoals ze gedefinieerd zijn. Dat betekent dat er een onderzoek is, een advies en eventueel een behandelvoorstel. Dat is veel meer dan een telefoontje.

We moeten innovatie en nieuwe technieken omarmen, ook de teleconsultaties, maar we moeten dat doen in het kader van een plan, met investeringen en hervormingen. Ik hoop dat we het er allemaal over eens zijn dat het systeem van teleconsultaties moet hervormd worden. De cijfers tonen dat aan.

We moeten komen tot een nieuw financieringssysteem. We kunnen het niet laten bij ongecontroleerde prestatiefinanciering. Ik voeg er wel meteen aan toe dat de meeste huisartsen het systeem correct toepassen en dat teleconsultaties echt een plaats hebben in onze gezondheidszorg.

Ik hoop dat in het kader van de investerings- en hervormingsagenda van de federale regering de werkgroep kan komen tot een nieuw systeem voor teleconsultaties in de huisartsengeneeskunde en artsengeneeskunde in het algemeen. Gewoon verder roeien zoals voorheen kan niet.

Collega's, het RIZIV is een administratie. Geen enkel advies- en beslissingsorgaan van het RIZIV kan een maatregel eenzijdig opleggen. Men acteert alleen wat de actoren beslissen. In dit geval was dat de medicomutcommissie. Zeggen dat het RIZIV beslist, is de waarheid geweld aandoen. Laten we samen met de huisartsenorganisaties en artsenorganisatie zo snel mogelijk een nieuw goed draaiend systeem, met een nieuwe financieringswijze, van toepassing maken.

**01.21 Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor de verduidelijkingen. Er is één zaak duidelijk en dat is dat u op ramkoers ligt met de huisartsenverenigingen. Dat lijkt mij een onhoudbare situatie.

U hebt een aantal keren gezegd dat een teleconsultatie niet hetzelfde is als een telefoontje plegen. Dat moet zeker uitgeklaard worden, want de artsen geven mij mee dat zij vaak dat soort teleconsultaties gebruiken om de resultaten mee te delen, te bespreken wat de volgende stappen zijn en daarover afspraken te maken met de patiënten. Dat is efficiënter dan de patiënt telkens opnieuw uit te nodigen in de praktijk.

Voor mij moet zoiets absoluut wel vergoedbaar zijn. U zegt dat dit niet hetzelfde is als een telefoontje plegen, maar soms kan zo'n telefoontje wel 10 minuten in beslag nemen. Als een huisarts er zo drie kan voeren in plaats van een consultatie van een halfuur, dan gaat hij volgens mij heel efficiënt te werk en denk ik dat de overheid dat absoluut moet ondersteunen.

In die zin vind ik het wat denigrerend als u het hebt over een paar telefoontjes. Er komt daar heel wat meer bij kijken. Dat moet voorbereid worden, resultaten moeten geraadpleegd worden en er moet daarover een verslag worden ingevoerd in het medisch dossier van de patiënt. Dat moet dus absoluut worden uitgeklaard. Er is geen tijd te verliezen, we moeten hiermee aan de slag gaan en het vertrouwen van de huisartsen herstellen. We hebben hen immers heel hard nodig.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

## **02 Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Incidenten in labo's" (56002307C)

- **Natalie Eggermont** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Incidenten in laboratoria die met virussen werken" (56002369C)

## **02 Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les incidents survenant dans des laboratoires" (56002307C)

- **Natalie Eggermont** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les incidents dans les laboratoires travaillant avec des virus" (56002369C)

**02.01 Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, een aantal weken geleden kaartte *Het Laatste Nieuws* in een groot artikel over tientallen laboratoria in België die werken met gevaarlijke virussen en ziekteverwekkers, een aantal problemen aan. Zo blijkt uit een rapport van Sciensano uit 2015 dat er ondanks de wet van 1999 die de laboratoria verplicht elke mogelijke besmetting te melden aan de FOD Werkgelegenheid, die laatste geen enkele officiële melding heeft geregistreerd, terwijl Sciensano wel een lijst van 275 incidenten tussen 2010 en 2015 heeft. Hierover zijn een aantal belangrijke bedenkingen te maken, die ik vandaag met u wil delen.

Een eerste vraag betreft de opvolging van het Sciensanorapport van 2015, waarin een groot aantal incidenten worden vermeld. Wat is de huidige status van dat rapport? Wordt dat nog altijd actief

opgevolgd? Waarom is er nooit een vervolgonderzoek geweest?

Een volgende punt heeft betrekking op de meldingsplicht sinds 1999. Hoe verklaart u dat er volgens de FOD Werkgelegenheid in 26 jaar nog geen enkele melding werd ontvangen van laboratoria die werken met gevaarlijke virussen? Hoe kan de overheid effectief toezicht houden op de bioveiligheid in laboratoria, als ze nog niet eens weet wat daar aan de hand is?

Een derde vraag betreft preventie. Welke concrete stappen zult u zetten opdat incidenten niet onopgemerkt blijven?

Ten slotte, hoe werkt u samen met buurlanden zoals Frankrijk, Duitsland en Nederland om incidenten in laboratoria beter te monitoren en te voorkomen?

**02.02** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, sinds de coronapandemie weten we hoe desastreus een grootschalige virusuitbraak kan zijn voor de samenleving. Hoewel het helemaal niet zeker is dat de pandemie in 2020 het gevolg was van een lek uit een laboratorium, is de bezorgdheid omtrent bioveiligheid wel aangewakkerd. Dat is geen overbodige luxe, want het aantal labo's waar gewerkt wordt met zeer gevaarlijke virussen, is in de voorbije 10 jaar fors toegenomen. Eind januari kwam in de pers dat er een aantal incidenten hadden plaatsgevonden, maar dat de teller van officiële meldingen bij de overheid nog altijd op nul staat, terwijl het wettelijk verplicht is om daarvan melding te maken.

In de laboratoria worden natuurlijk de nodige voorzorgen getroffen, maar menselijke fouten zijn nooit uit te sluiten, zo blijkt ook het rapport van Sciensano uit 2015. Na een rondvraag bij de labo's telde het 275 incidenten in de 5 voorafgaande jaren aan het rapport. Het zou om 75 tot 94 infecties gaan. In die 5 jaar gebeurde er dus gemiddeld iedere maand een besmetting in een Belgisch labo. Op dinsdag 2 september 2014 kwam 45 liter met poliovirus besmet water terecht in de Laan. De FOD Volksgezondheid sloeg toen alarm en gedurende enkele dagen mocht er niet gevisd of gezwommen worden in die rivier en werden er stalen genomen tot in de Dijle.

De overheid weet dat er incidenten plaatsvinden, aangezien ze toen ook kennisnam van het rapport van Sciensano. Toen stond de teller op nul, terwijl er duidelijk incidenten waren. Vandaag staat de teller nog steeds op nul. De wet met de verplichting om incidenten te melden, bestaat al 26 jaar, maar toch werd er nog geen enkele officiële melding gemaakt. We moeten de ongelukken niet dramatiseren, maar de labo's moeten wel de beroepsernst aan de dag leggen om die incidenten te melden, zeker indien iemand besmet is. Als iedereen zwijgt, kent men de ware omvang van het probleem niet en dan kan men toekomstige problemen veel moeilijker vermijden.

Kunt u bevestigen dat er tot vandaag nog steeds geen officiële meldingen zijn geweest? Was u ervan op de hoogte dat incidenten werkelijk plaats hebben gevonden? Welke stappen hebben u en uw diensten ondernomen om het werkelijk aantal incidenten te achterhalen? Is het mogelijk bij herhaaldelijke incidenten stappen te ondernemen om labo's te bestraffen? Wat is uw visie voor de toekomst?

**02.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Inrichtingen waar pathogenen worden gemanipuleerd, moeten voldoen aan een aantal zeer strikte regels inzake inperkingen en goede praktijken opgelegd door de wetgeving inzake bioveiligheid. Incidenten met gevolgen voor de gezondheid van de werknemers moeten inderdaad aan de FOD Werkgelegenheid en Arbeid worden gemeld. Mijn diensten, bij monde van Sciensano, zijn niet betrokken bij de opvolging van die procedure.

Regionale wetgevingen inzake bioveiligheid, waarvoor Sciensano, meer bepaald de Dienst Bioveiligheid en Biotechnologie, als technisch expert voor de regio's optreedt, vereisen dat de betrokken inrichtingen de regionale autoriteiten op de hoogte brengen van elk ongeval en elk incident die een gevaar kunnen vormen voor de menselijke gezondheid of het milieu. Als de regionale autoriteiten op de hoogte zijn van een ongeval of incident, dan kunnen ze Sciensano om wetenschappelijke ondersteuning vragen. Als een ongeval of incident gevolgen heeft buiten een ingeperkte installatie, dan kan zo nodig een beroep gedaan worden op de autoriteiten die belast zijn met het beheer van externe noodplannen. Ook in dat laatste kader kan Sciensano om wetenschappelijke ondersteuning worden gevraagd.

Regionale wetgevingen inzake bioveiligheid bepalen ook dat in het geval van een ongeval of incident informatie moet worden verstrekt aan de autoriteiten, als andere Europese lidstaten kunnen worden getroffen. Het overleg met de buurlanden in het geval van een ongeval of incident dat gevolgen kan hebben buiten de grenzen van België, wordt ook geformaliseerd in het kader van de noodplanning en het beheer van noodsituaties waarbij GGO's, GGM's, dus genetisch gemodificeerde organismen en micro-organismen, of pathogenen betrokken zijn. Daarover bestaat een ontwerp van samenwerkingsakkoord.

Het rapport van 2015, waarnaar in de vragen wordt verwezen, werd geschreven door de Dienst Bioveiligheid en Biotechnologie van Sciensano, na een eerste verzoek van het Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, afdeling Preventie. Dat rapport is beschikbaar op [www.bioveiligheid.be](http://www.bioveiligheid.be), een satellietwebsite van de Sciensanowebsite gewijd aan bioveiligheid. Het rapport bevat feitelijke en analytische gegevens. Het is belangrijk om te onderstrepen dat het rapport duidelijk aantoonde dat niet alle incidenten in het labo leiden tot de besmetting van een werknemer of tot een gevaar voor de menselijke gezondheid of het milieu. Sciensano is door de autoriteiten tot vandaag niet gevraagd om dat type onderzoek te herhalen. Naar aanleiding van het rapport uit 2015 heeft Sciensano echter een onlineformulier ontwikkeld. Dat is ook beschikbaar op [www.bioveiligheid.be](http://www.bioveiligheid.be).

Daarmee kunnen werknemers of werkgevers biologische ongevallen of incidenten melden. Het gaat om een anoniem formulier dat in de eerste plaats bedoeld is werknemers en werkgevers te helpen bepalen of ze een bepaald biologisch incident moeten melden aan de autoriteiten en wat de meldingsvereisten zijn.

Sciensano heeft geen informatie om individuen of instellingen die het formulier gebruiken, te identificeren, en is niet verantwoordelijk voor het monitoren van meldingen van ongevallen of incidenten. Sciensano heeft dan ook geen verklaring voor het feit dat de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg geen incidentmelding heeft ontvangen.

Een volledig antwoord op de vraag kadert dan ook veeleer in de opdracht van de FOD Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg.

**02.04 Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, ik zou moeten lachen met uw antwoord, dat u van uw administratie kreeg, als het niet om te huilen was. Het komt erop neer dat incidenten aan de FOD Werkgelegenheid gesignaleerd moeten worden en dat de opvolging van de procedures niet voor de FOD Volksgezondheid is. Ik ga er nog altijd van uit dat een regering een en ondeelbaar is. U stelt vast dat er een groot probleem is: de FOD Werkgelegenheid geraakt niet aan cijfers. Is dat omdat men bang is om incidenten te melden? Is men bijvoorbeeld bang voor reputatieschade van grote bedrijven als GlaxoSmithKlein, dat onder andere in Rixensart gevestigd is? Dan moet de FOD Volksgezondheid ingrijpen en aan de deur kloppen met de vraag waarom de wet van 1999 niet wordt nageleefd. Dergelijke feiten gewoon naast u neerleggen argumenterend dat u niets hoeft te doen, aangezien u nergens van weet, dat is onaanvaardbaar.

In het rapport van 2015 staan er heel wat incidenten opgelijst. Er kwam echter geen herhaling van dat onderzoek. U antwoordt dat daar niet naar gevraagd werd. Wie blijft er dan in gebreke wanneer men dat niet verder uitpluist en opvolgt, des te meer gelet op het feit dat we nog steeds niet weten waar het covidvirus precies vandaan komt?

Een andere grap van Sciensano is het onlineformulier. Daar kunnen – 'kunnen' is een woord die ik wel vaker in uw antwoorden hoor terugkeren – werknemers incidenten melden. Als de FOD Werkgelegenheid geen enkele melding krijgt, hoe kan zo'n onlineformulier dan ooit vruchten afwerpen?

Mijnheer de minister, u kunt niet gewoon naar de FOD Werkgelegenheid verwijzen voor antwoorden op onze belangrijke vragen. U hebt hier geen afdoende antwoord gegeven. Er is hier werk aan de winkel.

**02.05 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Het is inderdaad belangrijk dat het probleem ernstig wordt genomen. Zonder cijfers weten we niet hoe ernstig de situatie is. Dan kan men ook geen beleid voeren. Men kan ook niet controleren welke labo's vaker in de fout gaan dan andere. We weten gewoon niets.

Het is toch vreemd dat de overheid in 1999 een wet invoert om incidenten in labo's nauwkeurig te

kunnen opvolgen, maar dan haar eigen wet gedurende 26 jaar niet afdwingt. Er zijn nochtans heel wat labo's die dagelijks met gevaarlijke virussen werken. We hebben een pandemie gekend, die heel onze samenleving ontwricht heeft. Wat meer alertheid zou dus absoluut op haar plaats zijn. U antwoordt dat de vragen niet voor Volksgezondheid zijn. Virussen en pandemieën zijn absoluut wel een zaak voor de volksgezondheid.

U verwijst naar een onlineformulier, maar dat wordt amper gebruikt. Dat staat ook in het artikel. Het gaat om een handvol ingevulde formulieren op een paar jaar tijd en de meldingen via dat anoniem kanaal zijn niet officieel. Men kan daar dus niets mee doen.

U zegt dat er geen vraag is van de regering om het onderzoek van Sciensano te herhalen, maar misschien is het wel de moeite om verder onderzoek te doen en niet te aanvaarden dat een al 26 jaar niet wordt uitgevoerd.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**03 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van de nomenclatuur" (56002362C)**

**03 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme de la nomenclature" (56002362C)**

**03.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, ik wil graag horen waar we staan met de hervorming van de nomenclatuur. We zijn het allebei eens dat de manier waarop we onze specialisten financieren, aan vernieuwing toe is. Er is de loonkloof tussen de verschillende specialisaties: de ene specialist verdient soms drie, vier of vijf keer meer dan de andere.

In 2019 startte u met het uitvoeren van analyses ter voorbereiding van de hervorming van de nomenclatuur. Op mijn vragen over de prestatiegeneeskunde die ik u op 24 september 2024 stelde, antwoordde u dat die analyses tegen het einde van het jaar 2024 afgerond zouden zijn. In het regeerakkoord lees ik dat de hervorming van de nomenclatuur deze legislatuur zal worden afgewerkt, dat het RIZIV in overleg met de FOD Volksgezondheid een geïntegreerd voorstel zal opmaken en dat de regering bij gebrek aan consensus eind 2026 zelf beslissingen kan nemen over de hervorming en de eventuele stapsgewijze invoering ervan.

Er zijn dus verschillende timings. Hoe staat het met de analyses? Waren ze effectief afgerond tegen eind vorig jaar, zoals u vorige keer had geantwoord? Wanneer kunnen we de resultaten krijgen? Zijn ze publiek toegankelijk? Krijgt het Parlement daarin inzage? Wanneer wordt de discussie over de nomenclatuur gestart?

**03.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Eggermont, de analyses die de hervorming van de nomenclatuur moeten voorbereiden, zijn verdeeld in verschillende fases over de tijd en in verschillende domeinen wat de inhoud betreft.

De verschillende domeinen zijn, ten eerste, de technisch-medisch heelkundige handelingen (afgekort ATMC), ten tweede, de raadplegingen en daarmee geassimileerde handelingen (afgekort ACA) en ten derde, de geautomatiseerde en daarmee geassimileerde medisch-technische handelingen (afgekort AMTAA). Elk van die domeinen is toevertrouwd aan verschillende onderzoeksteams.

Wat de tijdsindeling betreft, bestond de eerste fase uit het herstructureren van de omschrijvingen. Dat is voltooid voor de AMTAA, bijna voltooid – er zijn nog een twintigtal omschrijvingen die moeten worden afgewerkt in vergelijking met de oorspronkelijke 2.800 formuleringen – voor de ATMC en nog bezig voor de ACA.

De werkzaamheden in verband met de ACA, dus raadplegingen en geassimileerde handelingen, zouden in de tweede helft van 2025 moeten zijn afgerond. Zij vragen wat meer tijd.

De fases 2.1 en 2.2 van de hervorming bestaan uit het opstellen van een waardeschaal die relatief is. Dat is een puntenschaal, waarbij onderlinge verhoudingen worden bepaald voor enerzijds het

professionele gedeelte – de zuivere nomenclatuur, zoals dat soms wordt genoemd –, en anderzijds het gedeelte operationele kosten.

De eindverslagen voor de AMTAA zijn voor analyse naar de administratie verstuurd. Voor de ATMC werd een eerste versie ontvangen, die nog verder wordt vervolledigd tegen medio 2025. De werkzaamheden voor de ACA zouden in de tweede helft van 2025 moeten worden afgerond. Daarna moeten de verschillende betrekkelijke waardeschalen, dus de relatieve puntenschaal, voor de verschillende domeinen worden gecombineerd om een algemene betrekkelijke waardeschaal te verkrijgen voor het beroepsgedeelte en voor het gedeelte van de operationele kosten.

In 2025 moet ook een gezamenlijke methodologie worden opgesteld om de budgetten te bepalen die worden toegewezen aan het beroepsgedeelte en aan het gedeelte operationele kosten. Ondertussen wordt ook de enorme taak voortgezet die bestaat uit het omzetten van de toepassingsregels voor alle hervormde verstrekkingen.

Dat is de stand van zaken.

**03.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Dat schept duidelijkheid over een timing die nog doorloopt. Ik hoop dus dat wij in de commissie daarover nog een uitgebreid debat kunnen hebben en dat we op dat moment ook de AMA kunnen inkijken. Zoals u weet, zijn wij immers ook de mening toegedaan dat een en ander naar het verlaten van de prestatiegeneeskunde en naar het toewerken naar een vast loon moet evolueren.

Het is echter goed dat we meer duidelijkheid hebben over de timing.

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

**04 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het risico op schimmelresistentie door triazolen in drinkwater in West-Vlaanderen" (56002366C)**

**04 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le risque de résistance fongique en raison des triazoles dans l'eau potable en Flandre occidentale" (56002366C)**

**04.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, eind 2023 werden te hoge waarden van 1,2,4-triazool, een restproduct van schimmelbestrijder metconazool, aangetroffen in drinkwaterstalen van De Blankaart, Dikkebus, Zillebeke en De Gavers in West-Vlaanderen.

De norm uit de Europese drinkwaterrichtlijn ligt op 0,1 microgram per liter. Vlaams minister van Omgeving Jo Brouns gaf op 20 december 2024 de toelating om die norm de komende twee jaar verder te overschrijden. Dat betekent dat het drinkwater van 760.000 West-Vlamingen tot 10 keer meer 1,2,4-triazool mag bevatten dan de Europese richtlijn voorschrijft.

Ik wil het met u hebben over de mogelijke gevolgen van de triazolen op de volksgezondheid omdat er heel veel bezorgdheid bestaat over de resistentie van schimmels tegen triazolen. We zien steeds meer schimmelinfecties, bijvoorbeeld met *aspergillus fumigatus*, een schimmel die aspergillose kan veroorzaken en die vooral patiënten met een verminderde weerstand en een hoge sterftegraad treft. Studies linken het gebruik van die schimmelremmers in de landbouw aan de stijgende resistentie in de medische sector. Dat is een heel groot probleem. Er zijn steeds meer schimmels die we niet meer kunnen bestrijden, waartegen geen medicijnen meer opgewassen zijn. We zien een duidelijke link met de schimmelbestrijders die in de landbouw worden gebruikt, in de natuur terechtkomen en zo in contact komen met de bevolking.

Bent u op de hoogte van die onderzoeken? Hoe beoordeelt u het risico van een langdurige overschrijding van de Europese norm voor de volksgezondheid? Wordt er overlegd om daar verder onderzoek naar te doen? Ik kom uit West-Vlaanderen en er moet mij iets van het hart. Minister Brouns heeft in de *Krant van West-Vlaanderen* gezegd dat de mensen van West-Vlaanderen met een gerust hart kraantjeswater kunnen drinken. Hij had het net geproefd en het was heel zacht van smaak en zelfs lekkerder dan in Limburg.

Ik heb hier wat West-Vlaams drinkwater mee, mocht u dat willen proeven. Toch denk ik dat u hier moet bevestigen dat men dat beter niet drinkt en hoop ik dat u de mensen in West-Vlaanderen een ernstiger antwoord zult geven dan dat van de heer Brouns. Zult u uw collega hierop aanspreken?

**04.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Eggemont, op uw eerste vraag is het antwoord positief. Sciensano onderzoekt al een paar jaar het mogelijke oorzakelijke verband tussen enerzijds blootstelling aan triazolen en gewasbeschermingsmiddelen en anderzijds resistentievorming tegen schimmelwerende medicatie. Voorlopige resultaten tonen aan dat composteringsbedrijven, waar grote massa's gecontamineerd plantenmateriaal worden verwerkt, mogelijke hotspots zijn voor resistente schimmelsporen. Resistente stammen werden niet aangetroffen op de onderzochte landbouwgronden, maar vervolgonderzoek is nodig om die bevindingen te bevestigen. De Europese Autoriteit voor voedselveiligheid (EFSA) is gemandateerd om dat verder te onderzoeken. Er wordt daarover binnenkort een rapport verwacht.

Volgens de experts en rekening houdend met de aanvaardbare dagelijkse inname van deze stof, zijnde 23 microgram per kilogram lichaamsgewicht per dag, is de aanwezigheid van maximaal 1 microgram per liter 1,2,4-triazool in het drinkwater een aanvaardbaar risico voor de consument. Ook de veiligheidsmarge ten opzichte van experimenteel vastgestelde dosissen die aanleiding geven tot mogelijk fertiliteits- en ontwikkelingsproblemen bij de mens is voldoende groot.

In antwoord op uw volgende vraag deel ik mee dat Sciensano en de EFSA extra onderzoek uitvoeren. Daarnaast heeft de Belgische bevoegde autoriteit voor de REACH-verordening in maart 2018 bij het Europees chemicaliënagentschap een voorstel ingediend tot wijziging van de geharmoniseerde indeling voor de chemische stof 1,2,4-triazool. Op basis van dat voorstel is de geharmoniseerde classificatie van 1,2,4-triazool sinds 17 december 2022 acute toxiciteit categorie 4 (schadelijk bij het inslikken), irriterend voor het oog categorie 2 (veroorzaakt ernstige oogirritatie), giftig voor de voortplanting categorie 1B (kan de vruchtbaarheid en het ongeboren kind schaden). Meer gedetailleerde informatie over de acties die de Belgische bevoegde autoriteit voor REACH heeft ondernomen, kunt u terugvinden op de website van het Europees chemicaliënagentschap.

In het kader van de Europese verordening die gewasbeschermingsmiddelen reguleert, werden de toxicologische referentiewaarden wettelijk vastgelegd. Ze stellen de overheid in staat om gewasbeschermingsmiddelen op basis van triazolen en hun afbraakstoffen op de EU-markt en in België toe te laten.

Dat houdt een beoordelingsproces in dat zowel voor nieuwe als bestaande werkzame stoffen en afgeleide producten op vrije, permanente basis gevoerd wordt en waarin inbreng van alle wetenschappers mogelijk is.

**04.03** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Het is positief dat er onderzoek naar wordt gevoerd en dat u ook bevestigt dat uit de resultaten blijkt dat er een risico is op plaatsen met veel compostering. Er is inderdaad ook nog veel meer onderzoek nodig.

Ik begrijp de beoordeling van het risico, maar de Europese norm is gewoon heel laag. De WHO legt de norm ook heel laag omdat pesticiden niet thuishoren in ons drinkwater. Dat moet het uitgangspunt blijven. We moeten de norm niet stelselmatig verhogen en de boodschap geven dat het wel meevalt. We moeten daarrond wetgeving creëren, een nationaal actieplan rond schimmelziekten opstellen en bekijken hoe we kunnen vermijden dat er verwante middelen in de landbouw en de geneeskunde worden gebruikt. De wetgeving daarrond kan nog veel verbeterd worden om te vermijden dat de situatie verslechtert. De toenemende resistentie is immers een belangrijk probleem.

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

**05 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Private ambulancediensten" (56002367C)**  
**05 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les services d'ambulance privés" (56002367C)**

**05.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, ik wil u een vraag stellen naar aanleiding van een artikel dat eind januari in *Sudinfo* werd gepubliceerd over Courtois, een bedrijf dat privéambulances aanbiedt in Luik. Courtois zal over enkele weken stoppen met het verlenen van private spoedeisende dienstverlening. Dat beïnvloedt de duurzaamheid van de medische spoedgevallendienst van Luik. Ik heb daarover enkele bezorgde berichten ontvangen.

Een van de knelpunten die het voor bedrijven minder aantrekkelijk maakt om private ambulancediensten aan te bieden, is het koninklijk besluit van 4 juli 2024 tot vaststelling van de erkenningsnormen voor ambulancediensten actief binnen de dringende geneeskundige hulpverlening. Dat koninklijk besluit heeft de regels verstrengd voor het verlengen van vergunningen voor ambulances. Voor verschillende bedrijven blijkt een aantal van die eisen te hoog, zoals een garage hebben, een hygiënist aanwerven, een handsfreekit hebben in de ambulance. We zien nu dat Courtois ermee stopt. Dat leidt tot problemen.

Werd de totstandkoming van het koninklijk besluit vooraf besproken met de sector die dringende medische hulpverlening aanbiedt? Voldoen alle publieke ambulancediensten aan die normen?

Hebt u signalen ontvangen van andere privébedrijven die aangeven dat zij niet aan de eisen voldoen en dat het moeilijk is om die investering te doen? Zo ja, over hoeveel bedrijven gaat het ongeveer?

Om een beetje meer zicht te hebben op de sector, hoe wordt het urgentietransport momenteel verdeeld tussen publieke en private diensten? Hebt u percentages of cijfers?

Welke stappen zet u om te voorkomen dat sommige regio's, zoals Luik, geconfronteerd worden met een tekort aan spoedeisende ambulancediensten, publiek of privé?

**05.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De inhoud van het koninklijk besluit van 4 juli 2024 werd meermaals besproken en daarna gevalideerd binnen de Federale Raad voor dringende geneeskundige hulpverlening, waarin de sector vertegenwoordigd is en onder andere ook de ambulancediensten vertegenwoordigd zijn.

Momenteel voldoen niet alle publieke ambulancediensten aan de normering van het koninklijk besluit. Er zijn diensten die daarom in een overgangstraject zijn gestapt. Hoofdstuk 6 van het KB dat ik vermeld heb, voorziet in een overgangsperiode, waarbij diensten een voorlopige erkenning kunnen krijgen voor twee jaar. Zo wordt hun de mogelijkheid geboden om binnen die termijn te voldoen aan de normen van het koninklijk besluit. Dat houdt een nalevingsstappenplan in, waarbij bij aanvang van de voorlopige erkenning de werkpunten geïdentificeerd worden die nodig zijn voor een definitieve erkenning. De diensten worden daarin ondersteund door de FOD.

We ontvangen momenteel geen gelijkaardige signalen van andere ambulancediensten.

Ik kan u een tabel bezorgen die de verdeling weergeeft van het aantal actieve diensten in 2024 en hun procentueel aantal ritten in 2024. Het voorlezen van dergelijke tabel is een beetje oninteressant.

Met betrekking tot uw vijfde vraag heb ik ook een tabel. Ik stel voor dat ik die aan het secretariaat geef en dat u die dan ook meteen krijgt.

Over de stappen die ik onderneem, kan ik het volgende zeggen. Om mogelijke continuïteitsproblemen te vermijden tot de opstart van een nieuwe ambulancedienst in Luik, hebben we twee andere permanenties, één van de brandweer en één van het Rode Kruis, tijdelijk verschoven. Het is wel belangrijk dat we in de toekomst dergelijke continuïteitsproblemen kunnen voorkomen. Mijn administratie is daarom bezig met de uitwerking van een procedure van stopzetting die in het koninklijk besluit zal worden ingevoegd en die de stoppende dienst verplicht om de continuïteit te garanderen tot er een nieuwe dienst operationeel is.



Ik stel voor dat mijn medewerkster, mevrouw Schellens, het geheel met de tabellen overmaakt aan het secretariaat.

**05.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Dank u wel voor het uitgebreide antwoord. Ik ben blij te horen dat het hier over een geïsoleerd geval blijkt te gaan en dat er extra aandacht zal gaan naar de continuïteit. Het is een goede aanvulling dat de stoppende dienst wordt verplicht om voor continuïteit te zorgen. Het moet immers het uitgangspunt blijven dat er ambulances beschikbaar zijn, dat de mensen snel in het ziekenhuis geraken, dat de aanrijtijden niet te lang zijn en dat die zorg goed is georganiseerd. Dus ik vind dat een heel goede aanvulling. Dank u wel.

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

**06 Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van de farmaceutische uitgaven" (56002375C)**  
**06 Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des dépenses pharmaceutiques" (56002375C)**

**06.01 Katleen Bury (VB):** Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

*Op het jaarlijkse symposium van de Belgian Specialist Group (GBS) dat werd gehouden op 2 februari, werd de stijging van de farmaceutische uitgaven in België besproken. Het debat ging dieper in op de complexe dynamiek van geneesmiddelprijzen, farmaceutische budgettering en de ethische overwegingen rond gepersonaliseerde geneeskunde.*

*Stan Politis, voorzitter van de GBS, benadrukte enerzijds dat artsen vaak verantwoordelijk worden gesteld voor het volume van de voorgeschreven geneesmiddelen en anderzijds dat de farmaceutische industrie de verantwoordelijkheid draagt voor de prijsstelling.*

*De discussie bracht verschillende invalshoeken naar voren, van de rol van gepersonaliseerde geneeskunde tot de ethiek van dure geneesmiddelen voor zeldzame ziekten. Daarnaast werden er cijfers gegeven die de bewering van een stijging van de farmaceutische uitgaven deels weerlegden, o.a. door de verklaring van Pedro Facon, adjunct-algemeen administrateur van het RIZIV, die aangaf dat de farmaceutische uitgaven als percentage van het totale budget zijn afgenomen.*

*Wat is uw reactie op de cijfers van het RIZIV, dat de farmaceutische uitgaven als percentage van het totale budget zijn gedaald van 17,2 % in 2015 naar 15,7 % in 2024? Ziet u dit als een indicatie dat de farmaceutische kosten geen oncontroleerbare stijging doormaken?*

*Wat is uw visie over de verantwoordelijkheden van artsen en de farmaceutische sector met betrekking tot prijsstelling en voorschrijvingspraktijken?*

*Er werd ook gesproken over de ethische dilemma's rondom de prijsstelling van gepersonaliseerde medicijnen, bijvoorbeeld in de oncologie of bij zeldzame ziekten. Hoe kijkt u aan tegen de toenemende rol van gepersonaliseerde geneeskunde en hoe zorgt u ervoor dat de prijzen van deze medicijnen toegankelijk blijven voor de patiënten die ze nodig hebben?*

*Het symposium noemde België sterk in genetisch onderzoek en het testen van genetische profielen voor het voorschrijven van bepaalde medicijnen. Zijn er plannen om deze capaciteit verder te benutten voor precisiegeneeskunde en kostenefficiëntie?*

*De discussie rond de vergoeding van dure geneesmiddelen en de rol van de Commissie voor de Vergoeding van Geneesmiddelen (CRM) kwam aan bod. Hoe ziet u de rol van de CRM in het bepalen van terugbetalingsbeleid en hoeveel invloed heeft U als bevoegde minister op dit proces?*

*Er werd gediscussieerd over de invloed van de farmaceutische industrie in België, zowel economisch als op het gebied van innovatie. Hoe zorgt u ervoor dat de samenwerking met de farmaceutische industrie bijdraagt aan de gezondheid van de bevolking zonder dat het financiële lasten voor de zorg*

te veel opdrijft?

**06.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Op uw eerste vraag kan ik antwoorden dat de farmaceutische uitgaven stijgen in absolute cijfers. Ten aanzien van het gezondheidsbudget is er relatief gezien wel een daling, maar dat heeft ermee te maken dat we in de vorige regeerperiode besloten hebben om veel extra middelen vrij te maken voor bijvoorbeeld psychologische zorg, ondersteuning van het zorgpersoneel, tandzorg, kine, auditieve hulpmiddelen enzovoort. Daardoor is er een relatieve daling, maar in absolute zin stijgen de uitgaven sterk.

Sinds 2021 bedraagt de jaarlijkse groei van de netto-uitgaven in de farmaceutische sector 7,5 %. Dat is eigenlijk meer dan de groei die we bij de opmaak van de begroting hadden toegestaan. Bij ongewijzigd beleid kunnen we verwachten dat er in deze regeerperiode een gemiddelde jaarlijkse stijging van 6 % in de geneesmiddelenuitgaven zou plaatsvinden. De cumulatieve evolutie kost in totaal 1,3 miljard euro. Daarmee is de farma verantwoordelijk voor een derde van de uitgavengroei in de gezondheidszorg. Men kan dus zeker niet zeggen dat er geen inspanning moet gebeuren om de geneesmiddelenuitgaven beheersbaar te houden.

Om de groei in het geneesmiddelenbudget beheersbaar te houden, moeten alle stakeholders een inspanning leveren: de industrie, de artsen en de apothekers. Er moet ook een betere controle komen op de naleving van de afleveringsvoorwaarden.

Ten aanzien van de industrie wordt op jaarbasis een inspanning van 80 miljoen euro gevraagd. Daarvoor voeren we een algemene prijsdaling van alle geneesmiddelen in. Tenminste, dat is wat ik voorleg in de begroting voor 2025. Dat is ook een beetje een antwoord aan mevrouw Eggermont. Er komen ook maatregelen inzake de farma in de begroting.

Een louter algemene prijsdaling kan men ook niet op zich invoeren, want dat houdt wel risico's in. We combineren dat met de invoering van een vangnet, om te voorkomen dat de prijs van bepaalde geneesmiddelen te laag zou worden. Het definitieve percentage van de beoogde prijsdaling hangt af van de modaliteiten met betrekking tot dat vangnet.

Het saldo van de te behalen besparingsopbrengst wordt gerealiseerd – dat is ons voorstel en het wordt ook wel besproken met de industrie – door een *claw forward*, die we ook bij wet zullen moeten invoeren. Belangrijk is dat een prijsdaling een structureel effect in de begroting heeft, terwijl een *claw forward* dat niet heeft. Dat is niet het enige wat we willen doen, wel integendeel. We hebben eigenlijk nood aan een nieuw farmaceutisch meerjarenkader. Dat staat ook in het regeerakkoord. Binnen dat kader zullen we met alle betrokkenen zowel werken aan het terugdringen van geneesmiddelentekorten als aan een goede toegang tot innovatie.

Aan de apothekers wordt gevraagd een inspanning van 7 miljoen euro te leveren voor de begroting van 2025. Daarom wordt onder meer de economische marge voor het jaar 2025 niet geïndexeerd, maar worden er wel middelen voorzien om de continuïteit van het afbouwprogramma benzodiazepines te verzekeren, in het kader van het goed gebruik van geneesmiddelen.

Wat de controle op de afleveringsvoorwaarden betreft, blijkt eigenlijk dat de voorwaarden voor zogenaamde hoofdstuk 4-geneesmiddelen niet altijd worden nageleefd. Dat is bijvoorbeeld zo voor semaglutiden, waarvan Ozempic en Rybelsus de bekendste zijn. Onder de coördinatie van de Hoge Raad van artsen-directeurs zullen de verzekeringsinstellingen met de steun van het RIZIV een controleprogramma opstellen, met bijzondere aandacht voor de semaglutiden, voor tweede- en derdelijnsdiabetesmedicatie en de geneesmiddelen voor familiale hypercholesterolemie. Bijkomende domeinen kunnen in overleg met de verzekeringsinstellingen worden gedefinieerd. Die controles moeten minstens 10 miljoen euro op jaarbasis opbrengen vanaf 2025.

Wat de artsen-voorschrijvers betreft, zetten we in op doelmatig voorschrijven. Voorschrijvers spelen een belangrijke rol in het geneesmiddelbeleid en ze worden daarin ondersteund door richtlijnen, indicatoren, profielfeedback enzovoorts. In het begrotingsvoorstel 2025 dat ik zal implementeren en daartoe aan de regering zal voorleggen, wordt 16 miljoen euro voorzien voor doelmatiger voorschrijfgedrag. Dat zullen we wel laten garanderen door de artsenhonoraria, maar we zullen dat natuurlijk en bij voorkeur zoveel mogelijk effectief realiseren door maatregelen met betrekking tot medicatievoorschrift.

Wat uw derde vraag betreft, brengt gepersonaliseerde geneeskunde opportuniteiten met zich mee, maar ook belangrijke budgettaire en logistieke uitdagingen. We zullen die dus doelgericht moeten inzetten om verspilling te voorkomen. Daarom worden patiënten voor de start van de behandeling getest, om te voorspellen of ze therapeutische voordeel zouden halen uit de behandeling en niet te veel bijwerkingen zouden ondervinden. Er zal alleen een vergoeding worden voorzien indien aangetoond wordt dat de patiënt hoogstwaarschijnlijk goed zal reageren op therapie.

Wat uw vierde vraag betreft, is België inderdaad een belangrijke speler in genetisch onderzoek. Er zijn plannen om die capaciteit verder te benutten, vooral op het gebied van precisiegeneeskunde. Het testen van genetische profielen helpt zoals gezegd bij het voorschrijven van gepersonaliseerde medicijnen die beter aansluiten bij de genetische make-up van een individu. Dat leidt op zijn beurt tot betere behandelingen, wat kan bijdragen tot kostenefficiëntie omdat het de noodzaak van trial-and-errorbehandelingen vermindert.

Laboratoria registreren het resultaat van de testen in een geautomatiseerd register, het PITTER. Dat register bevat geen gespecificeerde genetische informatie, maar een generieke interpretatie van het resultaat, bijvoorbeeld 'activerende mutatie' of 'geen activerende mutatie'. Op die manier kunnen voor België volledige epidemiologische gegevens verzameld worden, wat positief is voor de gepersonaliseerde geneeskunde. Er zijn al verschillende initiatieven in België die zich richten op de combinatie van genetisch onderzoek met medicatie. We zijn ook van plan om die inspanning te versterken.

Ik zal nu antwoorden op uw vijfde vraag. Een speerpunt van de roadmap geneesmiddelen betreft de modernisering van de terugbetalingsprocedures en de CTG. We zullen inzetten op betere patiëntenvertegenwoordiging. We zullen de procedures ook efficiënter maken en zetten in op een nieuw systeem voor snelle en duurzame toegang tot veelbelovende therapieën. Wat de farmaceutische specialiteiten onder contract betreft, zal een ontwerp van koninklijk besluit worden uitgewerkt voor de opstelling van een zogenaamde IPCP, een indicatieve postconventieprijs. Dat moeten fabrikanten van generieken en biosimilaren verhoogde transparantie bieden, zodat ze sneller op de markt kunnen komen, waardoor de concurrentie ook sneller kan spelen. Ik volg alles nauwgezet op.

Ik kom nu tot uw laatste vraag. We streven naar een vernieuwend geneesmiddelenbeleid om de patiënten toegang te geven tot hoogwaardige farmaceutische specialiteiten. We doen dat sinds medio 2022 met intense dialoog en in overleg met alle stakeholders: de industrie, de verzekeringsinstellingen, de academische vertegenwoordigers, patiëntenorganisaties, de artsen, apothekers en de betrokken overheidsdiensten. Dat proces resulteerde in een stakeholderrapport met gemeenschappelijke doelstellingen, opgesteld onder leiding van professor Isabelle Huys in samenwerking met het RIZIV. We hebben dat rapport omgezet in een roadmap geneesmiddelen. Dat blijft de blauwdruk voor ons beleid en de stakeholders blijven ook betrokken bij de implementatie. Verder richten we de blik ook op Europa, waar tal van initiatieven lopende zijn of zullen worden gelanceerd inzake geneesmiddelen.

**06.03 Katleen Bury (VB):** Bedankt voor uw uitgebreide antwoord. Het symposium van de Belgian Specialist Group was zeer interessant. Veel boeiende zaken en probleemstellingen zijn er aan bod gekomen. Vandaar ook al mijn vragen daaromtrent. U doet zeer veel beloftes. Dat verheugt mij enigszins, maar ik zal met argusogen opvolgen of u die beloftes ook allemaal nakomt.

Op het symposium werd gesproken over medicatie voorgeschreven tegen depressies. U zei dat er vooral naar de verzekeringsinstellingen zal worden gekeken die extra controles zullen uitvoeren op semaglutiden. Die medicatie is uiteraard bedoeld voor diabetes en nog niet voor zwaarlijvigheid. Ik hoop dat dat snel zal worden herzien, gelet op de verbeterde gezondheid die die medicatie bij die patiënten tot stand kan brengen, met mogelijke besparingen in de gezondheidszorg tot gevolg.

Het is belangrijk dat men de artsen in hun voorschrijfgedrag bijstaat bij de afbouw van antidepressiva. Tijdens het symposium kwam ter sprake dat er soms heel veel medicijnen worden voorgeschreven, zonder dat er in een afbouw wordt voorzien. Soms zitten patiënten aan vier medicijnen per dag en wordt niet echt bekeken hoe die medicatie langzaam kan worden afgebouwd. Die afbouw zou natuurlijk goed zijn voor de patiënt, want er treedt altijd wel een soort gewenning op, waardoor men het moet blijven opstapelen. Daarnaast is de afbouw van medicatie ook goed voor de gezondheidszorg. Medicijnen vertegenwoordigen enorme kosten. Ik ken de cijfers niet uit het hoofd, maar het is

hallucinant hoeveel mensen zo'n verzameling medicatie gebruiken. Daarvan moet dus dringend werk worden gemaakt, in het belang van de volksgezondheid en om te kunnen besparen.

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

**07 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De enquête van Solidaris over zorguitstel" (56002384C)**

**07 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'enquête réalisée par Solidaris sur le report des soins de santé" (56002384C)**

**07.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de studie van Solidaris over het zorguitstel, dat in de bespreking van het regeerakkoord een aantal keren aangehaald werd door de collega's, omdat er heel wat bezorgdheid heerst over de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg.

Uit die enquête blijkt dat 6 op 10 van de Nederlandstalige patiënten zich zorgen maken. Die bezorgdheid kan op zich veel stress veroorzaken, maar heeft ook een negatief effect op de gezondheid. Dat veroorzaakt uitstel van zorg. De cijfers tonen aan dat 26 % van de Nederlandstalige patiënten minstens 1 keer zorg uitstellen om financiële redenen. Bij Franstalige patiënten ligt het percentage zelfs op 41 %. Dat is heel betreurenswaardig. Niemand zou zorg mogen uitstellen wegens financiële redenen.

Een financiële drempel is echter niet de enige uitdaging. Ook geografische factoren spelen een rol voor de patiënten. Patiëntenstops maken het vaak moeilijk een zorgverlener te vinden. 35 % van de Nederlandstalige respondenten werd daarmee geconfronteerd, vooral voor tandartsbezoeken. Wanneer mensen geen zorgverlener vinden, leidt dat vaak opnieuw tot uitstel van zorg, met alle gevolgen van dien. Ook wordt de factuur dan uiteindelijk veel zwaarder, zowel voor de patiënt als voor de maatschappij.

Solidaris heeft een aantal aanbevelingen gedaan. Die aanbevelingen zijn nog altijd razend actueel. Een van de aanbevelingen is de financiële barrières wegwerken door een uitbreiding van de derde-betalersregeling. Het zou interessant zijn te horen waar we ter zake staan, want in het regeerakkoord bleef dat maar vaag. Tijdens de discussie daarover vroeg collega Farih zich nog af welke teksten de mensen hadden gelezen. Ze zei dat er een derde-betalersregeling met remgeld zou zijn voor logopedisten, kinesisten, tandartsen en huisartsen, maar dat staat allemaal niet zo goed omschreven in het regeerakkoord.

We horen dat er nu toch heel wat discussie over is, dus ik wil wel graag weten waar we nu precies staan. Solidaris wil dat de toekenning van het recht op een verhoogde tegemoetkoming geautomatiseerd wordt. Daarover staat echter niets in het regeerakkoord. Ik vraag me af hoe u dat ziet.

Tot slot, men zou het gebruik van supplementen afbouwen en op termijn overbodig maken. In het regeerakkoord wordt nu alleen gesproken over het beperken ervan. Op een bepaald moment werd in het debat gezegd dat ze helemaal afgeschaft mogen worden. Ik zou graag weten waar we ook op dat punt staan.

**07.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Eggermont, de resultaten van de enquête bevestigen mijn overtuiging dat we nog meer inspanningen moeten leveren voor een toegankelijke gezondheidszorg. In de vorige regeerperiode zijn belangrijke inspanningen gebeurd, maar het werk is dus niet af.

Ik kan me eigenlijk volledig vinden in de aanbevelingen van het rapport. Uit de enquête blijkt onder andere dat bij de groep respondenten die het statuut 'verhoogde tegemoetkoming' hebben, dubbel zoveel mensen zich vaak zorgen maken over de betaalbaarheid van de gezondheidszorg dan in de groep die dat statuut niet hebben. Een belangrijke stap in het vrijwaren van financiële toegankelijkheid voor rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming is, zoals de enquête ook zegt, het verbod op supplementen voor verstrekkingen verleend door artsen en tandartsen bij mensen met recht op de

verhoogde tegemoetkoming. U weet dat ik daarvoor in de vorige regeerperiode gevochten heb en dat ik uiteindelijk, na veel overleg en veel discussie, die beslissing ook heb kunnen laten nemen. Het verbod voor elke arts en elke tandarts om een supplement te vragen op het ereloon, ongeacht of die arts of tandarts al dan niet geconventioneerd is, bij een patiënt met een verhoogde tegemoetkoming, is fundamenteel. Dat is in een eerste stap in die twee sectoren ingevoerd per 1 januari en de volgende stappen volgen in het jaar 2026.

Solidaris heeft het ook over de derde-betalersregeling. U weet dat we in de vorige regeerperiode al iets belangrijks hebben gedaan. Het verbod op de toepassing van de derde-betalersregeling voor bepaalde verstrekkingen hebben we namelijk opgeheven. Sinds 1 januari 2022 kan een zorgverlener dus de derde-betalersregeling toepassen voor alle geneeskundige verstrekkingen, ongeacht het statuut van de patiënt. In een aantal sectoren gelden wel nog verbodsbepalingen op de toepassing van de derde-betalersregeling, om welbepaalde redenen, bijvoorbeeld in de situatie waarbij de zorgverstrekker een supplement aanrekent. Het resultaat van die eerste zeer belangrijke stap is dat we wel een stijging zien van het aantal zorgverleners dat met de derde-betalersregeling werkt. Dat is met name zeer opvallend en zeer succesvol voor de huisartsen.

Nu, in het regeerakkoord staat dat we op dat vlak nog ambitieuzer willen zijn en dat zullen we dan ook uitvoeren. De modaliteiten daarvan en de timing zijn een zaak voor overleg, ook met de zorgverleners zelf, want ik wil daarover met hen wel ernstig overleggen. Een voorwaarde om de derde-betalersregeling verder te veralgemenen is natuurlijk dat men een elektronische facturatie heeft die in orde is, waardoor de zorgverstrekker van die derde-betalende zeer snel de betaling van het honorarium krijgt. Dat is wel essentieel.

Vervolgens vraagt u of ik pleit voor een automatische toekenning van het recht op de verhoogde tegemoetkoming, zoals Solidaris suggereert. Welnu, in het algemeen pleit ik er helemaal voor om rechten zoveel mogelijk automatisch toe te kennen. Dat is administratief gewoon beter, maar helpt ook om *non take-up* tegen te gaan. We hebben in de vorige legislatuur al een belangrijke stap gezet wat betreft het beter toekennen van de verhoogde tegemoetkoming. Op 1 oktober 2024 werd een nieuwe manier van toekenning van de verhoogde tegemoetkoming ingevoerd voor bepaalde doelgroepen. De toekenning op initiatief van het ziekenfonds is van toepassing op alleenstaanden met of zonder kinderen ten laste die minstens drie maanden werkloos, arbeidsongeschikt of invalide zijn. In dat geval voert het ziekenfonds zelf een onderzoek uit naar de inkomsten van die doelgroep op basis van authentieke bronnen.

Ik vind het belangrijk dat we verder onderzoeken of het mogelijk is om nieuwe gegevensbanken te raadplegen om de verhoogde tegemoetkoming te kunnen toekennen zonder dat de verzekerde een verklaring op erewoord moet invullen.

**07.03** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

We zullen het debat wellicht nog verder voeren. Ik heb bij de bespreking van het regeerakkoord over het gezondheidsluik gezegd dat er allerlei zaken in staan die nog concreet moeten worden gemaakt. Het valt op dat er werd benadrukt dat er een derde-betalersregeling komt bij logopedisten, kinesisten, tandartsen en huisartsen, terwijl we twee weken later al merken dat er daarover toch geen detailakkoord bestaat tussen de partners. Een van de punten van kritiek is net dat, als het bijvoorbeeld gaat over de flexibilisering van jobs of over langer werken, het akkoord heel specifiek is, maar dat het voor eerder positieve zaken heel vaag blijft en er, als puntje bij paaltje komt, over toch nog niet zoveel overeenstemming is.

Het is heel goed dat er een verbod op supplementen komt voor patiënten met verhoogde tegemoetkoming. Solidaris onderschrijft dat en vindt dat een heel belangrijke eerste stap, maar wijst ook op het potentieel van een geneeskunde met twee snelheden. Dat is ook iets waarover we al hebben gedebatteerd in deze commissie. Doordat de supplementen maar gedeeltelijk beperkt zijn, ontstaat er inderdaad een geneeskunde met twee snelheden. Dat zien we nu ook met de scans en we hebben al de discussie gehad over de dermatologen. Men krijgt dan een geneeskunde waarbij wie het kan betalen, kan voorsteken. We moeten echt verder gaan. De eerste stappen zijn goed, maar die houden ook allerlei risico's in. Het is dus absoluut nog niet voldoende.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: La question n° 56002400C de Mme Frieda Gijbels est transformée en question écrite. Les questions jointes n° 56002402C de Mme Frieda Gijbels et n° 56002450C de M. Daniel Bacquellaine tombent étant donné qu'ils sont tous les deux absents.

**08** **Samengevoegde vragen van**

- **Katleen Bury** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dubbele facturatie van borstkankerbehandelingen" (56002410C)
- **Irina De Knop** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dubbele facturatie van bestraling tegen borstkanker door Antwerpse artsen" (56002497C)

**08** **Questions jointes de**

- **Katleen Bury** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La double facturation des traitements du cancer du sein" (56002410C)
- **Irina De Knop** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La double facturation de la radiothérapie du cancer du sein par des médecins anversois" (56002497C)

**08.01** **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, *Het Laatste Nieuws* onthulde recent onregelmatigheden in de Antwerpse ziekenhuispraktijken inzake de behandeling van borstkanker. Artsen in de regio bleken jarenlang zogenaamde *stereotactic body radiation therapy* (SBRT) als aanvullende behandeling te hebben toegepast, hoewel die behandeling volgens vele experts niet noodzakelijk was. De techniek, die 4.000 euro per patiënt kost en volledig wordt terugbetaald door de ziekteverzekering, werd blijkbaar dubbel gefactureerd, namelijk één keer voor de standaardbehandeling en een tweede keer voor de dure SBRT-behandeling. Dat heeft geleid tot een overschrijding van het totale zorgbudget met maar liefst 5 miljoen euro.

Na de spookconsultaties, de dubbele tests en andere mogelijke vormen van fraude gaat het hier over dubbele facturering. Hebt u kennisgenomen van de onthullingen over dubbele facturering? Is er sprake van fraude of is er ter zake een onduidelijkheid qua regels en procedures?

Wat doet u om dergelijke gevallen van onterechte dubbele facturering te voorkomen? Is er een tekortkoming in het systeem van het RIZIV die de dubbele facturering mogelijk maakt? Wordt de facturering voldoende gecontroleerd? Moet er meer transparantie komen in het proces van terugbetalingen? Heeft het RIZIV daarvoor voldoende middelen?

Hoe zult u ervoor zorgen dat het vertrouwen van de patiënt in het systeem door de situatie niet wordt aangetast? Welke stappen onderneemt u om een herhaling van dergelijke wanpraktijken te voorkomen?

**08.02** **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, ook mij deed het de wenkbrauwen fronsen dat een aantal Antwerpse artsen volgens het artikel waarnaar mevrouw Bury verwijst, bestralingen jarenlang dubbel zouden hebben gefactureerd. Zij zouden dat volgens latere artikels wel betwisten. Kunt u daarover meer informatie geven?

*Stereotactic body radiation therapy* (SBRT) blijkt bijzonder duur, ongeveer 4.000 euro per patiënt, en zou volledig worden terugbetaald. Sommige radiotherapeuten zien geen reden om die specifieke techniek te gebruiken. Naar verluidt zou door die keuze van behandeling ongeveer 5 miljoen euro verloren zijn gegaan of onterecht zijn aangerekend. De controledienst van het RIZIV zou ook alle radiotherapeuten een brief hebben gestuurd met de boodschap dat de standaardtherapie en SBRT niet in combinatie met elkaar mogen worden aangerekend.

Bent u op de hoogte van de feiten? Heeft de dubbele aanrekening gezorgd voor budgetoverschrijding? Klopt het dat het RIZIV de artsen gerechtelijk niet kan vervolgen en die 5 miljoen euro dus niet kan terugvorderen? Juridisch kan die praktijk misschien niet worden aangeklaagd, maar ze doet een aantal deontologische vragen rijzen. Welke acties wenst u op dat vlak te ondernemen? Via de afdrachten hebben ook de Antwerpse ziekenhuizen geprofiteerd van de dubbele aanrekening. Kan het RIZIV acties ondernemen tegen die ziekenhuizen?

**08.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle heeft inderdaad een sensibiliseringsbrief gestuurd naar aanleiding van een onvoorziene stijging van het vooropgestelde budget die gecommuniceerd was in de werkgroep Interne Geneeskunde van de Technisch Geneeskundige Raad.

Er is inderdaad een probleem, omdat men als sociaal inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle alleen maar kan overgaan tot een proces-verbaal van vaststelling met ook een terugvordering van onterecht aangerekende bedragen, als de regelgeving echt zeer eenduidig is en dat is vandaag jammer genoeg niet het geval. De meeste nomenclatuurcodes voor radiotherapie en inzonderheid de nomenclatuurcodes voor stereotactische radiotherapie kunnen niet alleen voor borsttumoren worden gebruikt. Dat maakt het moeilijk om onterechte facturatie eenduidig vast te stellen. De beschrijving van die nomenclatuurcodes moet dus explicieter worden om onterecht gebruik onmogelijk te maken. Dat proces is inmiddels opgestart.

Ik kan u wel zeggen dat het RIZIV al een overleg had met de betrokken ziekenhuizen. Puur juridisch kan men niet zeggen dat het een overtreding is waar vervolging op zal volgen, maar het moet absoluut worden opgeklaard in de regelgeving en dat proces is ook gestart.

**08.04** **Katleen Bury** (VB): Mijnheer de minister, dat was het antwoord dat ik verwacht had, vandaar mijn eerste vraag of het gaat over onduidelijkheid of fraude.

De nomenclatuurcodes worden explicieter. De enige vraag die ik nog heb, is of daarvoor al een deadline bestaat of dat we nog in blijde verwachting zijn.

**08.05** **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, op zich is het natuurlijk goed dat de regelgeving wordt aangepast, maar ik heb de indruk – misschien heb ik niet genoeg geluisterd – dat er werkelijk sprake was van fraude. Is dat zo, mijnheer de minister? Hebt u dat kunnen vaststellen?

U wijst er wel op dat de therapie ook kan gebruikt worden voor andere aandoeningen en andere vormen van kanker, maar ik neem toch aan dat de aanrekeningen die de betreffende experts in borstkankeronderzoek – overigens niet van de minsten – via die specifieke codes deden, toch absoluut bedoeld werden voor borstkankeronderzoek. Of klopt dat niet?

**08.06** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb daarover uitvoerig gesproken met de verantwoordelijken van het RIZIV. Zij zeggen mij dat die regelgeving helaas onvoldoende duidelijk is om tegen de vastgestelde praktijk een proces-verbaal op te maken en met succes juridische stappen te zetten. Die regelgeving moet dus verduidelijkt worden.

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

**09** **Vraag van Katleen Bury aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toxische leer- en werkomgeving van artsen in opleiding" (56002411C)**

**09** **Question de Katleen Bury à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'environnement d'apprentissage et de travail toxique des médecins en formation" (56002411C)**

**09.01** **Katleen Bury** (VB): Dit is een belangrijke vraag. Intimidatie, vernedering en grensoverschrijdend gedrag blijven wijdverspreid tegen artsen in opleiding. Een recente reportage van de RTBF *Artsen in opleiding: mishandeling onder stilte*, bevestigt dat de problematiek structureel en diepgeworteld is. In deze reportage werd onderzoek gedaan naar de werkomstandigheden op de orthopedische afdeling van de Cliniques Universitaires Saint-Luc in Brussel. Volgens getuigenissen ging het om pesterijen, waarbij jonge artsen zich voortdurend in een sfeer van angst bevonden. Een getuige, die er meer dan vijftien jaar geleden werkte, verklaarde dat hij psychologisch vernietigd werd en tot op de dag van vandaag de gevolgen ondervindt.

Ook de covoorzitter van de Franstalige delegatie van artsen in opleiding verklaarde: "Je kunt geen gespecialiseerde arts in opleiding vinden die geen situatie van intimidatie of druk in zijn of haar omgeving heeft meegemaakt of gehoord."

Ook in mijn omgeving hebben artsen in opleiding en artsen die al langer zijn afgestudeerd daarmee te maken gehad: voortrekken, vernedering. Men heeft altijd een voetje voor als men aan bepaalde zaken toegeeft bij proffen. Dat is hallucinant, maar dat is schering en inslag.

Naast de psychologische impact op de slachtoffers, heeft dat ook gevolgen voor de kwaliteit van de gezondheidszorg, voor de besluitvorming en de prestaties van die jonge artsen. Zij worden negatief beïnvloed. Bovendien moeten de gezondheidszorg en sociale zekerheid opdraaien voor de problemen achteraf. Ik weet dat heel die organisatie, de werkplek, de medische opleiding onder de bevoegdheden van de deelstaten valt, maar het is van cruciaal belang dat de vraag ook op federaal niveau wordt gesteld.

Mijnheer de minister, heeft de federale regering al initiatieven genomen om grensoverschrijdend gedrag binnen de medische sector te monitoren en te bestrijden? Zijn er federale richtlijnen voor de samenwerkingsverbanden met de deelstaten en om het probleem structureel aan te pakken?

Wordt onderzoek gevoerd naar de impact van grensoverschrijdend gedrag op de mentale gezondheid van de artsen in opleiding en de gevolgen ervan op de gezondheidszorg?

Zijn er cijfers beschikbaar over de economische impact van burn-out en mentale gezondheidsproblemen bij artsen en artsen in opleiding? Zijn er statistieken beschikbaar over het aantal meldingen van grensoverschrijdend gedrag binnen de medische sector?

**09.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Bury, deze kwestie houdt ons bezig. In de FOD Volksgezondheid volgt een projectteam dat thema ook op. Dat team heeft in het verleden de website [www.aso-macs.be](http://www.aso-macs.be) gelanceerd en ook het rapport 'Kwaliteit van de stages van artsen-specialisten in opleiding in België, een bevraging bij de belangrijkste actoren' gepubliceerd.

In mei 2024 vroeg ik aan het bevoegde adviesorgaan, de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, om een advies te formuleren op vijf adviesvragen rondom de stages van artsen in opleiding. Ik verwacht die adviezen in de loop van 2025 en we zullen de resultaten nadien in initiatief en reglementering omzetten. De ontwikkeling van dat kwaliteitskader – want daar gaat het eigenlijk over – vormt de hoeksteen van het systeem om de kwaliteit van de stages verder te waarborgen. De ontwikkeling van een kwaliteitsmonitoring- en feedbacksysteem heeft als doel een bijkomend zicht te krijgen op de kwaliteit van de opleiding en tevens continue verbetering na te streven in de stagediensten.

Als antwoord op uw eerste vraag stelt de collectieve overeenkomst van 19 mei 2021, gesloten binnen de Nationale Paritaire Commissie Artsen-Ziekenfondsen, in artikel 12 vast dat de codex over het welzijn op het werk van toepassing is op de personen die artsen-specialisten in opleiding tewerkstellen. Daarin staat meer in het bijzonder dat de partijen zich engageren om hun interne procedure met betrekking tot problemen inzake grensoverschrijdend of ontoelaatbaar gedrag aan te scherpen. De contactgegevens van de vertrouwenspersoon of de preventieadviseur psychosociale aspecten dienen ook uitdrukkelijk in de opleidingsovereenkomst vermeld te worden. Dat werd tot nu toe ook jaarlijks gecontroleerd voor het toekennen van het bijkomende budget via het BFM voor de meerkosten van die collectieve overeenkomst.

Ik kom nu tot uw tweede vraag. De tweede collectieve overeenkomst, die van 21 december 2023, is relevant met het oog op het vermijden van mistoestanden op het vlak van arbeidsduur of op het vlak van de niet-registratie van de geleverde arbeidsprestaties. De wettelijke verplichting voor werkgevers om onafhankelijke meldingskanalen in te stellen, biedt de melders bescherming tegen represailles. De ASO's dienen op de hoogte te worden gebracht van de desbetreffende meldingskanalen. Daarnaast creëerde de FOD in 2022 een e-brochure die alle informatie over de opleiding van de ASO bundelt. Een pagina met betrekking tot de vraag wat men moet doen bij moeilijkheden is opgenomen in deze e-brochure onder het thema welzijn.

Wat uw derde vraag betreft, is de inhoud van de masteropleiding in de geneeskunde natuurlijk een gemeenschapsbevoegdheid. Onder andere via de financiering van het RIZIV-project Gezondheid bij artsen richtte de onafhankelijke organisatie Arts in nood de afgelopen jaren webinars in rond agressie tegen artsen, dierenartsen en apothekers, namelijk 'arts versus management' en 'mentaal welzijn in de



geneeskunde'. Men neemt daar dus wel degelijk initiatieven met onze steun.

Ik kom nu tot uw vierde vraag. Om erkend te worden als stagemeeester en stagedienst dient men minimaal vijfjaarlijks een dossier in te dienen bij de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen. De leden van dat adviesorgaan analyseren het dossier op basis van bepaalde kwaliteitscriteria, opgenomen in het ministerieel besluit van 23 april 2014, zoals de rol van de coördinerend stagemeeester en de stagemeeester rond de supervisie, evaluatie, wetenschappelijke vorming enzovoort.

In het kader van het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding werden de bovengenoemde vijf adviesaanvragen gesteld aan de Hoge Raad van artsen-specialisten en van huisartsen, zodat er een kwaliteitskader wordt vastgelegd en een bijkomend systeem van kwaliteitsmonitoring en feedback.

Ik kom tot uw vijfde vraag. De FOD Volksgezondheid beschikt niet over gegevens. Er dient wellicht nagegaan te worden of de FOD Werkgelegenheid over statistieken beschikt.

Inzake uw zesde vraag zijn de gegevens voor wat zeer specifiek de ASO's betreft evenmin beschikbaar bij de FOD Volksgezondheid.

**09.03 Katleen Bury (VB):** Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. U hebt zeker niet onmiddellijk verwezen naar de deelstaten, waarvoor dank. Het is heel belangrijk dat de adviezen die u in 2024 hebt aangevraagd en de vijf adviesvragen die gesteld zijn, bekeken worden en in reglementering worden omgezet.

De beschikbaarheid van cijfers is eigenlijk van cruciaal belang, maar u hebt enkele keren gezegd dat er gewoonweg geen cijfers voorhanden zijn. We moeten echt een beter zicht krijgen op de grootschaligheid van de problematiek. Zonder cijfers is het nog moeilijker om ermee aan de slag te gaan.

Ik vermoed dat in een van die adviesvragen ook de anonimiteit aan bod zal komen. Een en ander ligt zeer moeilijk omdat de student doorgaans reeds heel lang gestudeerd heeft om die studie tot op het einde te volbrengen. Soms moet de examinator die student nog examineren, terwijl zij samen al dag en nacht aan de operatietafel hebben gestaan. Dat maakt het voor die student heel moeilijk om de examinator bij wijze van spreken aan de galg te praten. Zo voelt het voor de student althans, ook al is er wel degelijk sprake van grensoverschrijdend gedrag. De materie is dus delicaat, maar die moet wel tot op de grond uitgespit worden. Daarom kijk ik uit naar de conclusies in antwoord op de vijf adviesvragen.

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

**10 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het forfait voor de zorgcentra na seksueel geweld" (56002451C)**

**10 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le forfait alloué aux centres de prise en charge des violences sexuelles" (56002451C)**

**10.01 Nawal Farih (cd&v):** Mijnheer de minister, ik heb al vaker vragen gesteld over de financiering van de zorgcentra na seksueel geweld. Vorig jaar meldden maar liefst 4.226 mensen zich aan bij een zorgcentrum na seksueel geweld, een stijging van 28 % ten opzichte van het jaar ervoor. Dat toont aan dat er een grote nood wordt ingevuld en dat er meer bekendheid is. Ik hoor van de zorgsector echter dat er nog steeds uitdagingen zijn, die ik vandaag nog eens wil aankaarten.

Aanvankelijk werd een forfait van 100 euro voorzien per slachtoffer dat zich aanmeldt in een zorgcentrum. Dat forfait dient voor de mogelijke onderzoeken, zodat het slachtoffer zelf geen kosten moet dragen. Het gaat dan over zorggerelateerde kosten. In 2021 steeg dat forfait van 100 naar 150 euro. Hiermee worden vooral de medische en forensische zorgen verleend vanuit het zorgcentrum, zodat het slachtoffer gratis bediend kan worden in het zorgcentrum na seksueel geweld. Naast de zorggerelateerde kosten zijn er ook de personeelskosten van onder andere de forensisch

verpleegkundigen en de psychologen, die gefinancierd vanuit het Zorgpersoneelfonds.

Ik stelde u vorig jaar al een parlementaire vraag hieromtrent, onder meer over het feit dat verschillende zorgcentra aangaven systematisch ondergefinancierd te zijn, waardoor er telkens bijgepast moet worden door het ziekenhuis zelf. U vermeldde toen dat u een evaluatie zou doen van het forfait, die door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen zou gebeuren, onder meer om te bekijken welke kosten nu precies onder het forfait vallen en hoeveel het forfait zou moeten bedragen om een slachtoffer holistisch verder te helpen.

U vermeldde toen ook dat vanaf 2024 tien jaar anciënniteit in rekening zal worden gebracht in plaats van de vijf jaar die eerder gold. Ook gaf u mee dat alle opmerkingen inzake de financiering meegenomen zouden worden naar een bespreking om het structureel financieel kader voor de zorgcentra te re-evalueren.

Is de evaluatie van het forfait door het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen intussen gebeurd? Wat waren de conclusies?

Hoeveel bedraagt het forfait voor elk slachtoffer dat zich vandaag in een zorgcentrum na seksueel geweld meldt?

Vond de bespreking met oog op een structureel financieel kader voor de zorgcentra intussen al plaats? Wat waren de opmerkingen van de zorgcentra zelf?

Wanneer mogen ze een nieuw financieel kader verwachten? Daar is echt een grote nood aan. Er zijn ziekenhuizen die centen bijpassen, andere ziekenhuizen doen dat niet. Uiteindelijk komt de zorg dan voor rekening van het slachtoffer. Ik vind dat de politiek daar snel op moet reageren.

**10.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het Instituut voor de gelijkheid van vrouwen en mannen heeft een evaluatie uitgevoerd van het forfait dat toegekend wordt per slachtoffer dat zich aanmeldt in een zorgcentrum na seksueel geweld. De conclusie was dat het huidige forfait van 150 euro per slachtoffer voldoende is om de zorggerelateerde kosten te dekken.

Het proces om te komen tot een structurele financiering van de zorgcentra na seksueel geweld, in overeenstemming met de bepalingen die al opgenomen zijn in de wet erover, is opgestart. Het Instituut organiseerde op 31 januari in samenwerking met het RIZIV een informatiemoment voor de ziekenhuizen, met als doel uit te leggen waarom het nodig was een formele wetgeving over dat onderwerp aan te nemen en ook de nieuwe elementen van de wet toe te lichten. De planning van het proces om te komen tot een structureel financieel kader zou op dat moment ook aandacht krijgen.

Het RIZIV zal in de loop van 2025 verder werk maken van het inkantelen van de zorgpijler van de zorgcentra na seksueel geweld binnen een conventie van het RIZIV. Dat vraagt de nodige voorbereiding. Die stap is belangrijk in het structureel maken van de financiering van de zorgcentra, die helaas heel belangrijk zijn. Het RIZIV werkt hiervoor samen met het Instituut om expertise over te dragen zodat alles zo vlot mogelijk kan lopen voor de centra en dus ook voor de patiënten.

**10.03** **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel. Uw antwoord was heel beknopt. Ik begrijp dat uw antwoord al enige tijd geleden is voorbereid, maar ik had vandaag feedback willen krijgen over die informatiesessie van 31 januari. Wat zijn de resultaten daarvan? Het is belangrijk om zo snel mogelijk een antwoord te bieden op de signalen uit de zorgsector. U hebt het anciënniteitsniveau voor de forensisch verpleegkundigen verhoogd naar tien jaar, maar het gaat om zeer kwetsbare vrouwen en mannen die in een situatie zijn beland waarin ze liever niet waren terechtgekomen en die goede begeleiding nodig hebben. Ik wil nogmaals een lans breken voor gespecialiseerd personeel van het hoogste niveau om de slachtoffers een degelijke en kwaliteitsvolle begeleiding te bieden. De anciënniteitsgraad van tien jaar mag dus echt worden verhoogd. Daarvoor moet ook in de nodige financiering worden voorzien.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**11 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het zorgtraject eetstoornissen" (56002454C)**

**11 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le trajet de soins pour les troubles alimentaires" (56002454C)**

**11.01 Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, het aantal eetstoornissen, zowel anorexia als boulemie, bij jonge vrouwen en meisjes is sinds de coronacrisis sterk gestegen. Uit cijfers van Sciensano eerder in 2025 bleek dat er bij 13 % van de Belgische bevolking tussen 10 en 64 jaar symptomen van een eetstoornis worden vastgesteld. Bij de 10- tot 17-jarigen is dat bij 18 % van de meisjes en 7 % van de jongens. Helaas is er ook een tekort aan bedden voor patiënten die met een eetstoornis kampen of die psychiatrische hulp nodig hebben. Het gevolg is dat vandaag de wachtlijsten tot vier keer zo lang zijn als tijdens het coronatijdperk.

Eetstoornissen komen samen met een heel erg zware ziektelast, niet alleen voor de patiënt zelf, maar ook voor de omgeving, de ouders, de broers en de zussen. Zij hebben een sterke impact op de verschillende levensdomeinen die zulke jonge mensen doormaken. Ze gaan ook heel erg gepaard met een suïciderisico. Een derde van de overlijdens bij eetstoornissen is te wijten aan zelfmoord. Dat cijfer is echt niet te onderschatten.

Tegelijkertijd stellen we vast dat het zorgaanbod voor jongeren met een eetstoornis sterk verschilt van plaats tot plaats en dat de opgestarte behandelingen soms worden onderbroken, omdat specifieke vervolgzorg niet of nauwelijks beschikbaar is in de nabije leef- en leeromgeving van de betrokken jongeren.

Om een hoogwaardige kwaliteit van zorg te realiseren voor kinderen en jongeren met eetstoornissen, moet een sterk zorgtraject worden uitgewerkt. We zijn daar ook mee bezig. Zo werd een zorgtraject voor patiënten jonger dan 23 jaar onder begeleiding van een ambulant team van zorgverleners, die op grond van multidisciplinair overleg een behandelplan voorstellen, op 1 februari 2024 van toepassing. Op lange termijn is het de bedoeling naar referentiecentra over te schakelen voor de behandeling van eetstoornissen.

Hoeveel patiënten maakten intussen al gebruik van het zorgtraject voor adolescenten en jongeren dat op 1 februari 2024 van start is gegaan?

Worden op het terrein moeilijkheden of complicaties ondervonden bij het opstarten van het zorgtraject? Is er al een tussentijdse evaluatie?

Wordt intussen voortgewerkt aan het opzetten van een referentiecentrum voor eetstoornissen? Welke timing stelt u voorop? Hoe ziet u de geografische spreiding van die centra, die heel belangrijk is, aangezien het over jonge patiënten gaat?

De voorbije jaren was er ook sprake van gigantische wachtlijsten bij de ziekenhuizen voor kinderen die zich aanmeldden met een ernstige eetstoornisproblematiek. Over welke wachtperiodes spreken we vandaag?

**11.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Uw eerste vraag ging over het aantal patiënten en de moeilijkheden op het terrein. De conventie, die gestart is op 1 februari vorig jaar, voorziet in een begeleidingscomité waarin onder meer de netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, de vzw Eetexpert en de beroepsfederaties van de diëtisten vertegenwoordigd zijn. Op die manier kunnen knelpunten inzake de initiële uitrol van de eerste conventie eetstoornissen gesignaleerd en aangepakt worden.

Het begeleidingscomité werd samengeroepen op 19 december. Er werden toen een aantal punten gesignaleerd als werkpunten voor 2025. Ten eerste waren er opmerkingen over de datakwaliteit, zodat de gespecialiseerde psychologen voor eetstoornissen het werkelijk besteedde budget voor eetstoornissen conform de conventie eerstelijns psychologische zorg gemakkelijk kunnen identificeren. Er lijkt een variatie te zijn in de criteria die netwerken hanteren om gespecialiseerde psychologen te conventioneren. Dat wordt verder onderzocht.

Ten tweede is het doel van de conventie om patiënten met eerste signalen van een eetstoornis vroegtijdig te behandelen, waardoor men een escalatie van de aandoening vermijdt. Momenteel zien we echter dat patiënten die al een ernstige stoornis hebben, in de eerstelijnszorg terechtkomen, terwijl ze veeleer in de tweede- en derdelijnszorg thuishoren. De huisartsen geven aan dat ze nog moeten groeien en bijleren om te werken volgens zo'n model van getrapte zorg. We bekijken hoe we ze daarbij kunnen ondersteunen.

Een derde werkpunt is de vraag van diëtisten om meer sessies te mogen aanbieden dan de 15 sessies van de conventie. Het begeleidingscomité wil dat binnenkort evalueren.

Een vierde werkpunt is dat de netwerken en de huisartsen een voorzetting vragen van het vormingsaanbod voor de zorgverleners. Uit gegevens die we hebben tot en met oktober, kunnen we afleiden dat al voor 344 patiënten een zorgtraject werd opgestart. We moeten wel voorzichtig zijn met de interpretatie van de gegevens, omdat er een lange periode van toepassing is waarbinnen men facturen bij het RIZIV kan indienen. Met andere woorden, mijn antwoord is gebaseerd op de facturen die nu al werden ingediend, maar er kan een belangrijke vertraging zitten op de indiening ervan.

Ik kom tot uw tweede vraag. Het Verzekeringscomité keurde op 16 december de tweede conventie eetstoornissen en een wijzigingsclausule voor de eerste conventie goed. Die wijzigingsclausule maakt deeltijdbehandeling mogelijk op het niveau van elke provincie. De tweede conventie organiseert het aanbod voor de meest complexe eetstoornissen en voorziet in criteria voor een erkenning als referentiecentrum, waaraan een financiering zal worden gekoppeld voor supraregionale multidisciplinaire ambulante supportteams en deeltijdbehandeling.

Alle Belgische ziekenhuizen werden intussen aangeschreven om zich kandidaat te stellen als referentiecentrum. Het is de bedoeling dat de tweede conventie in werking treedt op 1 april 2025. We erkennen maximaal negen referentiecentra, die suprareginaal moeten werken, dat wil dus zeggen over de provinciegrenzen heen. Daartoe wordt ook de RIZIV-website aangepast met de nodige praktische informatie.

Wat de wachtlijsten betreft, is er inderdaad een stijgende vraag naar zowel ambulante als residentiële behandeling van eetstoornissen. We hebben tot nu toe geen systematische analyse gemaakt van de wachttijden, maar we kunnen dat meenemen in de verdere evaluatie van het zorgtraject.

De bedoeling van de twee conventies is duidelijk: enerzijds zo vroeg mogelijk ingrijpen om escalatie van eetproblemen en eetstoornissen te voorkomen en anderzijds zo snel mogelijk ingrijpen om doorstroming naar of langdurige opname in het hooggespecialiseerde zorgniveau te vermijden. Daarom hebben we ingezet op de versterking van de ambulante zorgcomponenten binnen multidisciplinaire zorgtrajecten, zowel voor de lichte als voor de meer ernstige eetstoornissen.

**11.03 Nawal Farih (cd&v):** Dank u wel. Dat is helder. Ik begrijp dat de deadline voor de ziekenhuizen om zich aan te melden, is verstreken en dat u op 1 april publiek zult maken welke ziekenhuizen in aanmerking komen.

Ik hoop oprecht dat er met de geografische spreiding rekening wordt gehouden, mijnheer de minister. In Limburg zijn er heel wat mensen die helaas altijd naar verdere oorden moeten rijden. Dat is echt niet evident voor de betrokken leeftijdscategorie. We moeten er vooral voor zorgen dat de kinderen en jongeren nog in de eigen leef- en leeromgeving kunnen vertoeven, terwijl ze strijd voeren tegen een soms zeer moeilijke diagnose en ziekte.

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

**12 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vernietiging van het KB tot erkenning van optometristen en orthoptisten" (56002455C)**

**12 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'annulation de l'arrêté royal relatif aux professions d'orthoptiste et d'optométriste" (56002455C)**

**12.01 Nawal Farih** (cd&v): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik verwijs naar de tekst van mijn vraag zoals ingediend.

*Geachte minister, in 2019 riep toenmalig minister van Volksgezondheid Maggie De Block een nieuw paramedisch beroep in het leven. Erkende orthoptist-optometristen mochten onder die regeling zelf oogmetingen uitvoeren. Voordien was dat enkel voorbehouden aan oogartsen. Maar de federatie van oogartsen verzette zich tegen het nieuwe statuut en trok naar de Raad van State, die het KB vernietigde.*

*In oktober 2022 nam u een nieuwe poging met een koninklijk besluit dat zowel de optometrist als de orthoptist erkende als paramedisch beroep. Ze kregen meer zorgbevoegdheden, maar moesten wel een diploma op zak hebben. Bovendien moest iedereen die voor het eerst een bril nodig had voor een eerste meting naar de oogarts.*

*Ook dit koninklijk besluit werd enkele maanden geleden vernietigd door de Raad van State omwille van een procedurefout. Deze vernietiging kan vergaande gevolgen hebben, onder meer dat optometristen niet langer bepaalde zorgbevoegdheden kunnen uitoefenen, zoals een oogmeting. Op de website van de FOD Volksgezondheid valt namelijk te lezen dat zij niet langer erkend zijn als paramedisch beroep, terwijl de orthoptisten wel nog erkend zouden zijn.*

*Mijn vragen voor de minister:*

*- Betekent de vernietiging dat optometristen momenteel geen of nauwelijks nog zorgtaken, zoals oogmetingen, meer kunnen uitoefenen? Is er een verandering voor orthoptisten – zijn zij wel nog een erkend paramedisch beroep? Bestaat er een risico voor patiënten die reeds een oogmeting kregen van een van beide paramedische beroepen? Bestaat er daarnaast geen risico op nog langere wachtlijsten bij oogartsen?*

*- Bent u van plan een nieuw KB te nemen met oog op de erkenning van de optometrist als paramedisch beroep? Of bekijkt u andere mogelijkheden?*

*Ik dank de minister voor zijn antwoorden.*

**12.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Farih, de Raad van State heeft het koninklijk besluit van 7 oktober 2022 inderdaad vernietigd. Dat heeft nogal wat gevolgen. Optometristen worden nog altijd erkend als een paramedisch beroep. Het beroep van optometrist is namelijk opgenomen in een ander koninklijk besluit, het koninklijk besluit van 2 juli 2009 waarin de lijst van paramedische beroepen is vastgesteld. De visa en de erkenningen die in het verleden aan die beroepsbeoefenaars zijn verleend, blijven juridisch geldig. De vernietiging van het besluit van 2022 heeft wel tot gevolg dat er wettelijk gezien geen technische prestaties of toevertrouwde handelingen aan een optometrist kunnen worden toegewezen. Dat verhindert momenteel de uitoefening van het beroep in de gezondheidszorg. Orthoptisten daarentegen vallen terug op een eerder wettelijk kader en mogen hun beroep nog steeds uitoefenen volgens de handelingen en prestaties die zijn opgenomen in het koninklijk besluit van 7 juli 2017.

De betrouwbaarheid van de handelingen en prestaties die in het verleden door die beroepsbeoefenaars zijn verricht, wordt niet in twijfel getrokken. Patiënten die al een oogmeting hebben ondergaan door een optometrist vóór de vernietiging van het KB van 7 oktober 2022 lopen dus geen risico. Orthoptisten kunnen dat onderzoek overigens nog altijd uitvoeren op medisch voorschrift.

De verschillende wettelijke ontwikkelingen waarnaar u verwijst, hebben onder meer tot doel om de toegankelijkheid van de oogzorg te verbeteren. De opeenvolgende vernietigingen veroorzaken zodoende inderdaad een risico, met mogelijk zelfs tot gevolg dat we bij de oogartsen inderdaad wachtlijsten zullen krijgen.

Ik heb een adviesaanvraag ingediend bij de Federale Raad voor de paramedische beroepen, zodat een nieuw koninklijk besluit kan worden genomen en de situatie zo snel mogelijk kan worden opgelost.

**12.03 Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, dat was helder, dat is oké voor mij.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**13** Question de Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La responsabilisation financière des médecins" (56002426C)

**13** Vraag van Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiële responsabilisering van de artsen" (56002426C)

**13.01** **Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous ai adressé une question qui n'a pas reçu de réponse la semaine dernière dans la foulée de l'accord de majorité.

Si je peux vous rejoindre sur la nécessité de lutter contre les certificats de complaisance, il m'importe de ne pas jeter un discrédit sur toute la profession des médecins. Je suis très inquiète de la mise en place d'un suivi algorithmique des prescriptions d'incapacité via le *data mining*, qui pourrait entraîner des sanctions financières pour les médecins dont la pratique ne correspondrait pas aux standards attendus.

Les médecins peuvent accepter un suivi sur la même base que celle des profils de prescription médicamenteuse, en comparaison avec les autres médecins de la région, afin de leur procurer un outil d'évaluation de leurs pratiques entre pairs. Ils refuseront une responsabilité financière pour les prescripteurs de certificats nettement plus nombreux et/ou plus longs. Il y a en effet des patientèles spécifiques – par exemple lors de la prise en charge fréquente de soins palliatifs, l'accumulation de cas de détresse psychologique par une approche plus attentive aux problèmes de santé mentale – ou plus défavorisées, qui nécessitent un suivi particulier. Il est exclu de faire porter la charge sur ces médecins qui ont le courage d'accompagner ces patients, alors qu'ils devraient être particulièrement soutenus.

Le risque est grand d'un désengagement de ces prestataires vis-à-vis de ces patients qui sont en grande difficulté et d'une perte de confiance entre le patient et son médecin traitant qui est mis en porte-à-faux vis-à-vis de ceux qu'il soigne.

Il est donc essentiel de séparer les fonctions d'évaluation des fonctions de contrôle, malencontreusement réunies dans votre accord de majorité. L'évaluation est une fonction positive qui cherche à valoriser les médecins tout en signalant les zones d'amélioration possibles, tandis que le contrôle est une fonction négative qui sanctionne des manquements en vue de les voir disparaître. Le même service ne peut à la fois manier la carotte et le bâton, monsieur le ministre. Il faut donc que le SECM (Service d'évaluation et de contrôle médicaux) redevienne un pur service de contrôle médical, tandis que la fonction d'évaluation doit être confiée à la commission des profils et/ou à une chambre d'évaluation du CNPQ (Conseil National de Promotion de la Qualité).

Monsieur le ministre, avez-vous l'intention de revenir à un fonctionnement sans ambiguïté des institutions pour augmenter le consensus au sein de la profession, un consensus qui serait favorable à la qualité des soins mais aussi au budget des soins de santé?

**13.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le suivi des certificats de complaisance ainsi que la sanction financière éventuelle devront être opérationnalisés. Plusieurs acteurs sont concernés. Il y a l'Ordre des médecins, les organismes assureurs, la Commission de contrôle et l'INAMI. Leurs rôles respectifs à cet égard sont à déterminer.

En ce qui concerne le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) de l'INAMI, l'article 139 de la loi coordonnée de 1994 stipule clairement les compétences légales de ce service. Concrètement, le service est entre autres chargé d'évaluer les prestations de l'assurance des soins de santé sous l'angle des dispositions de l'article 73 de cette législation. Dans le cadre de la mission légale du service, il doit veiller à une utilisation optimale des ressources mises à disposition de l'assurance maladie. Il est indispensable d'évaluer les risques existants tant dans le cadre de la réglementation que dans le cadre des soins pertinents. C'est pourquoi, le SECM analyse non seulement plus de 1 500 signalements reçus par an mais il fait également ses propres analyses de risque de manière systématique sur une période de quatre ans de chaque domaine du budget soins de santé pour lequel il est compétent. En fonction du type de risque détecté par l'évaluation, le service détermine l'action la plus appropriée à réaliser: par exemple clarifier la nomenclature, sensibiliser les dispensateurs de soins ou encore un PV de constat.

Une bonne évaluation préalable est indispensable pour l'efficacité du travail effectué par le service et donc pour la durabilité de l'accessibilité aux soins de santé de qualité.

Le Conseil National de Promotion de la Qualité peut entre autres proposer et/ou approuver des indicateurs concernant l'utilisation optimale des ressources disponibles.

L'INAMI développe également un retour systématique aux prestataires de soins de santé sur leur comportement en matière de prescription et de facturation. Nous voulons mettre ceci à disposition par le biais de profils dynamiques sur ProSanté.

**13.03 Sarah Schlitz** (Ecolo-Groen): Merci pour votre réponse. Nous continuerons à suivre ce dossier de près dans les prochaines semaines et mois.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**14 Samengevoegde vragen van**

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De RSV-vaccinatie voor de oudere bevolking" (56002456C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De RSV-prik en het effect ervan op de ziekenhuisopnames" (56002557C)

**14 Questions jointes de**

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La vaccination contre le VRS de la population âgée" (56002456C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le vaccin contre le VRS et ses effets sur les hospitalisations" (56002557C)

**14.01 Nawal Farih** (cd&v): Ik verwijz naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

*In oktober 2024 werd er voorzien in een terugbetaling van de preventieve RSV-inenting bij baby's geboren vanaf 1 april 2024. Vanaf 1 januari 2025 is ook vaccinatie tijdens de zwangerschap terugbetaald, dus voor vrouwen die tijdens het RSV-seizoen bevallen. De inenting van baby's werd ook duidelijk aanbevolen door de Hoge Gezondheidsraad.*

*In haar meest recente advies beval de Hoge Gezondheidsraad daarnaast ook de vaccinatie aan voor enkele andere kwetsbare groepen, met name:*

*Personen van 60 jaar en ouder met minstens één risicofactor voor het ontwikkelen van ernstige RSV; Immunodeficiënte patiënten;*

*Personen die in een woonzorgcentrum verblijven, ongeacht of ze risicofactoren hebben;*

*Alle personen van 75 jaar en ouder, ongeacht of ze risicofactoren hebben.*

*RSV is een onderschatte ziekte bij ouderen, die nare complicaties kan veroorzaken. Op jaarbasis belanden in Europa 270.000 ouderen in het ziekenhuis met een RSV-besmetting, waarvan 20.000 mensen overlijden aan complicaties.*

*Voor deze kwetsbare groepen wordt er echter nog niet voorzien in een terugbetaling, de kost van een vaccin is 180 à 200 euro wat voor veel mensen een drempel blijft.*

*Om deze reden heeft onder meer het Vlaams Onafhankelijk Zorgnetwerk (Vlozo) recent nog aangedrongen op een terugbetaling van het vaccin voor 65-plussers. Zij schatten de kost hiervan in op 17 miljoen euro. Zij verwezen naar het voorbeeld van Italië waar het RSV-vaccin gratis is, waardoor veel meer ouderen zich laten vaccineren tegen het virus.*

*Ook Domus Medica en het Syndicaat van Vlaamse Huisartsen hebben er reeds voor gepleit om de terugbetaling toch nog eens te bekijken, waarbij ze de suggestie doen om eventueel voor ouderen met een verlaagde immuniteit de terugbetaling mogelijk te maken.*

*Mijn vragen voor de minister:*

*Heeft u reeds vragen vanuit de sector naar een uitbreiding van de terugbetaling van het RSV-vaccin ontvangen?*

*Denkt u na over een uitbreiding van de terugbetaling van het RSV-vaccin naar andere kwetsbare groepen? Bijv. naar patiënten boven 65 jaar? Of oudere patiënten met een verlaagde immuniteit? Heeft u reeds stappen hiertoe genomen?*

*Wat dient nog ondernomen te worden om 65-plussers te wijzen op de gezondheidsrisico's van een RSV-besmetting en het belang van vaccinatie?*

*Ik dank de minister voor zijn antwoorden.*

**14.02 Irina De Knop** (Open Vld): We merken allemaal de gunstige evolutie met betrekking tot de terugbetaling van de de RSV-prik. Sinds 1 januari kunnen ook zwangere vrouwen zich laten inenten, waardoor hun baby gedurende vijf à zes maanden eveneens tegen RSV is beschermd.

De resultaten van die prik zien we vandaag ook in het ziekenhuis. De ziekenhuisopnames wegens RSV zijn met 40 % gedaald. Dat is een mooi cijfer. Bij baby's onder de zes maanden neemt dat percentage toe tot 60 %, in sommige ziekenhuizen zelfs tot 77 %. De prik bespaart baby's en kinderen en hun ouders dus veel leed, maar doet ook het aantal ziekenhuisopnames en de bijhorende kosten dalen.

We hebben nog heel wat vaccinaties die vandaag niet systematisch aan volwassenen en ouderen in het bijzonder worden toegediend. In het regeerakkoord staat dat u nauw wil samenwerken met de gemeenschappen rond preventie. Hebt u al uitgemaakt rond welke vaccins u met de gemeenschappen de volgende jaren wilt samenwerken? Wat is uw ambitie om via vaccinatie het aantal ziekenhuisopnames van volwassenen en ouderen terug te dringen?

**14.03 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Farih, ik zal met uw vraag beginnen, omdat ze specifiek focust op de ouderen. Daarna beantwoord ik de vraag van mevrouw De Knop, omdat zij eerst terugkeert naar de campagne bij de pasgeborenen.

Wat uw eerste en tweede vraag betreft, mevrouw Farih, heeft mijn beleidscel met veel interesse de aanbevelingen van het KCE in verband met de RSV-vaccinatie bij ouderen doorgenomen. Het bedrijf verantwoordelijk voor Abrysvo had bovendien eerder al een aanvraag ingediend bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) voor de vergoeding van Abrysvo bij ouderen. Op 10 december 2024 heeft de firma het dossier teruggetrokken en op 30 januari 2025 heeft de firma een nieuw dossier ingediend voor vergoeding bij ouderen. U weet dat, als zo'n dossier lopend is bij de CTG, ik zeer zuinig moet zijn met commentaar daarover, maar dit is de stand van de procedure.

Wat uw derde vraag betreft, is de aandoening zeer goed gekend bij de verschillende zorgverleners. Het is essentieel dat ze de doelgroep goed informeren en hen waarschuwen voor het schadelijke effect dat dit virus op hun gezondheid kan hebben, vooral voor mensen met cardiopulmonale aandoeningen of immunodeficiëntie. Een betere documentatie van het positieve effect van het vaccin op het aantal ziekenhuisopnames en sterfgevallen is ook wenselijk.

Mevrouw De Knop, ik keer even terug. Voor bescherming tegen RSV zijn er twee manieren: enerzijds de immunisatie met Beyfortus, antilichamen die men toedient aan pasgeborenen, anderzijds de vaccinatie van zwangere vrouwen met Abrysvo, waarbij de moeder antilichamen aanmaakt die worden doorgegeven aan de baby. De twee methoden bieden bescherming aan de baby voor vijf tot zes maanden. De immunisatie wordt terugbetaald sinds april 2024, de vaccinatie sinds 1 januari 2025. We zien inderdaad een mooi resultaat daarvan in de daling van het aantal ziekenhuisopnames voor RSV.

De samenwerking met de deelstaten hieromtrent wordt samen met de deelstaten bepaald in een specifieke werkgroep van onze IMC. In die werkgroep zal ook samen met de deelstaten worden beslist voor welke vaccinaties we willen samenwerken, waar dat nuttig of nodig is.

Het verminderen van het aantal ziekenhuisverblijven door vaccinatie bij ouderen en volwassenen is afhankelijk van de pathologie en het soort vaccin en vraagt specifieke studies. Het is dus niet mogelijk om daarover een algemene uitspraak te doen.



**14.04 Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel. RSV-vaccinatie van 65-plussers moet zeker worden bekeken. Er bestaat dus een studie waarin de kostprijs wordt geschat op 17 miljoen euro. We moeten dat bedrag afzetten tegen de kostprijs van een groot aantal ziekenhuisopnames. Het is een efficiëntieoefening die de moeite waard is. Ik reken daarvoor verder ook op uw steun.

**14.05 Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik sluit me volledig aan bij de repliek van mevrouw Farih. Het klopt dat daarmee grote efficiëntiewinsten kunnen worden geboekt. Ik ben blij dat u daarvoor al een bedrag kunt geven.

Het zou inderdaad heel aangenaam zijn, mijnheer de minister, als u dat verder zou onderzoeken en terug naar het Parlement zou komen met het resultaat van dat onderzoek. De kostprijs van de ziekenhuisopnames is wellicht een veelvoud van de kostprijs van de vaccinaties. We zullen dit dossier zeker ook blijven opvolgen.

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

**15 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het pilootproject van Fedris" (56002465C)**

**15 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le projet pilote de Fedris" (56002465C)**

**15.01 Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, volgens informatie die ons ter beschikking staat, is er een goed lopend pilootproject van Fedris, gericht op de secundaire preventie van burn-out in de ziekenhuis- en banksector. Het pilootproject heeft positieve resultaten aangetoond, zowel op het vlak van de fysieke als op het vlak van de mentale gezondheid van de werknemers en dus impliciet ook op de werksituatie van die werknemers.

Gelet op de terecht groeiende aandacht voor mentale gezondheid, zowel binnen als buiten de werkomgeving, is het voor onze fractie belangrijk om dat initiatief in te passen binnen het bredere beleid inzake geestelijke gezondheidszorg. Vandaar mijn vragen.

Worden er concrete stappen onderzocht of ondernomen om het voorstel voor een structurele uitrol van het burn-outpreventieprogramma van Fedris voor te bereiden, zodat het verder uitgerold kan worden over andere sectoren?

Hoe ziet u de samenwerking tussen Fedris en de bestaande geestelijke gezondheidsdiensten om ervoor te zorgen dat een holistische aanpak wordt voorgesteld en uitgeoefend? Is er bijvoorbeeld een samenwerking met de eerstelijnszorg en/of met psychologen en gespecialiseerde centra inzake geestelijke gezondheidszorg?

Om over de muurtjes te kijken, wat is uw visie op het verbeteren van de samenwerking tussen werkgerelateerde preventieprogramma's en de eerstelijnsgezondheidszorg?

**15.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Het is eigenlijk goed dat we hierop terugkomen. Het gaat hier toch om een belangrijke kwestie. Als we het hebben over de re-integratie van langdurig zieken, gaat het vaak over mensen met mentale gezondheidsproblemen, onder meer burn-out. De vraag is hoe men daar snel in kan optreden om te vermijden dat mensen langdurig uitvallen.

Het was dus echt wel een belangrijk initiatief met Fedris. Wij hebben het programma inderdaad uitgebreid en vernieuwd. Het nieuwe Fedrisprogramma wordt op dit ogenblik geleidelijk uitgerold. Sinds april vorig jaar staat het open voor de hele privésector en ook voor de provinciale besturen en de lokale besturen. Ik denk wel dat we nog beter moeten communiceren om het bekend te maken. Daarom zal de al lopende informatiecampagne in 2025 versterkt worden. We zullen die in de toekomst ook moeten herhalen.

Het gaat niet alleen over communicatie naar de doelgroep, maar bijvoorbeeld ook naar de dienstverleners. Het voordeel van het door Fedris voorgestelde traject is dat het zich aanpast aan de behoefte van iedere werknemer, ongeacht de sector of het beroep. Het project doet een beroep op een

netwerk van opgeleide, ervaren, gekwalificeerde professionals met de kennis, de vaardigheden en de ervaring die nodig zijn om burn-outs te beoordelen en aan te pakken. Fedris zal natuurlijk de doeltreffendheid ervan blijven opvolgen en waar nodig aanpassingen voorstellen, zodat we zo goed mogelijk inspelen op de behoeften van de mensen in kwestie en zodat actie op een meer collectief niveau gefaciliteerd wordt. Ik doel daarmee op de structurelere en meer organisatorische aspecten van een werkomgeving die gezondheidsproblemen veroorzaakt.

Mijnheer Bertels, in antwoord op uw tweede vraag, heeft Fedris zijn proefproject zodanig ontworpen dat het actoren van verschillende preventieniveaus mobiliseert. Die geïntegreerde benadering heeft zijn nut bewezen tijdens het proefproject. We gaan die dus ook aanhouden bij de overgang naar een programma.

Vanaf de eerste trajectfase, de opsporingsfase, doet Fedris een beroep op de eerstelijnspreventieactoren. Dat zijn de preventieadviseurs, bedrijfsartsen, preventieadviseurs met betrekking tot psychologische aspecten en behandelende artsen. Zo wordt de eerste evaluatie gemaakt van de blootstelling aan psychosociale risico's op het werk en de aanwezigheid van de eerste tekenen van burn-out. Zij kunnen een aanvraag voor screening doen en hebben zeker een positieve impact op de mate waarin acties ondernomen worden die te maken hebben met de werkorganisatie. Net daarom heeft Fedris twee bijkomende modules ontwikkeld, die specifiek gericht zijn op het bevorderen van de samenwerking tussen actoren van de geestelijke gezondheidszorg en preventieactoren en de follow-up van de werknemer.

De coördinator van het begeleidingstraject – een psycholoog of een arts – kan zich met het akkoord van de werknemer in verbinding stellen met de ondertekenaars van de aanvraag, via de contactfiche gecreëerd door Fedris. Op die manier krijgt men zowel nuttige info voor de individuele follow-up, alsook info over preventieve acties op een collectiever niveau.

In de tweede fase – de diagnostische fase van het traject – werkt Fedris ook samen met specialisten en psychologen. Indien uit de diagnosestelling blijkt dat een Fedristraject niet de juiste oplossing is, omdat de problematiek bijvoorbeeld te complex is en een gespecialiseerdere begeleiding vereist, financieren zij een zogenaamde oriëntatiesessie, waarmee de trajectcoördinator de werknemer kan begeleiden naar de aanpak die het geschiktst is voor zijn situatie.

Mijnheer Bertels, uw laatste vraag gaat over mijn visie op samenwerking tussen werkgerelateerde preventieprogramma's en de eerstelijnsgezondheidszorg. Het programma van Fedris moet het voorwerp zijn van een gerichte en regelmatige communicatie, met zowel preventieactoren als eerstelijnszorgactoren.

De opgedane ervaring moet echt worden gedeeld. Op die manier draagt Fedris bij aan de versterking van de kennis en de competenties in het domein van de geestelijke gezondheid en zijn interactie met het werk. Fedris investeert dan ook in het creëren van netwerken van relevante gezondheidswerkers die bij het project kunnen worden betrokken. Fedris heeft van bij het begin de keuze gemaakt om voor zijn trajecten een beroep te doen op de expertise van psychologen, psychiaters en artsen. Dat impliceert op zich al dat nauw moet worden samengewerkt.

Bovendien neemt Fedris een belangrijke rol op in het federale netwerk geestelijke gezondheid en werk. In dat netwerk werken verschillende federale instellingen samen, met name de FOD Werk, Fedris, het RIZIV, de FOD Sociale Zekerheid en BOSA om meer transversale acties over de verschillende administraties heen van de grond te krijgen met betrekking tot mentale gezondheid op het werk.

Dat was mijn antwoord.

**15.03 Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, zoals u zelf aanhaalt, zijn preventie en snel optreden inzake geestelijke gezondheidszorg essentieel en cruciaal met betrekking tot de situatie die we in ons land kennen op het vlak van langdurig zieken of zieken in het algemeen. We hebben hier een aantal positieve praktijkvoorbeelden van Fedris met betrekking tot de ziekenhuissector en de bankensector.

U hebt er zelf naar verwezen, maar het is cruciaal dat de uitrol over andere sectoren wordt gecommuniceerd en gesensibiliseerd. Een uitrol over de privésector is al bezig. Dat project loopt enigszins, omdat de privésector in het beheerscomité van Fedris zit en het dus kent via zijn

vertegenwoordigers in dat comité.

U moet echter een bijkomende inspanning leveren voor de lokale actoren en sectoren, waarnaar u hebt verwezen. Op dat vlak is er immers nog werk aan de winkel. Die positieve praktijkvoorbeelden moeten we ook daar kunnen bewerkstelligen, zowel in de bredere privésector als in de lokale sectoren. Er moet een samenwerking komen tussen wat u de preventieactoren hebt genoemd en de geestelijke-gezondheidsactoren. Dat is geïntegreerde zorg, zoals u dat hebt genoemd.

We moeten daar absoluut naartoe, op collectief niveau of op individueel niveau indien het collectieve niveau het niet kan. Dat kan onze maatschappij alleen maar helpen en kan ons alleen maar helpen om een betere productiviteit te bereiken van mensen die willen werken, doordat we er aldus voor zorgen dat zij niet uitvallen op het werk. Werk is niet alles, maar is belangrijk in onze maatschappij. Vermijden dat mensen ziek worden, is een cruciale doelstelling die wij allen moeten nastreven. De pilootprojecten dragen daartoe bij. Rol ze dus uit over de verschillende actoren.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**15.04** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la présidente, s'agissant de l'organisation des travaux, je vous signale que je peux rester jusqu'à 17 h 30. Cela me permettra de répondre encore à un certain nombre de questions.

La **présidente**: En 40 minutes, on peut faire beaucoup de choses, je crois.

**16** **Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De maatregelen voor een rookvrije generatie (controle)" (56002467C)**

**16** **Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures pour une génération sans tabac (contrôle)" (56002467C)**

**16.01** **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, roken is in ons land een van de grootste oorzaken van ziektes en/of vermijdbare overlijdens. We zijn allemaal voorstander van maatregelen voor een rookvrije generatie in de nabije toekomst. Maatregelen in dat verband hebben dus een dubbel doel: ze moeten alsmaar meer mensen motiveren om te stoppen met roken en ze moeten voorkomen dat mensen starten met roken.

Er werd eerder al aangekondigd dat de naleving van de recent in werking getreden maatregelen die dat moeten bewerkstelligen, zou worden gecontroleerd. Ik heb het onder andere over het rookverbod op plaatsen waar veel kinderen en jongeren komen. Men is ook al begonnen met die controles. Hebt u al zicht op de resultaten van de recente controleacties van de inspectiediensten van de FOD Volksgezondheid? Beschikt u over cijfers? Wordt het rookverbod op de diverse locaties gerespecteerd?

Worden de maatregelen ter bescherming van onze kinderen goed nageleefd of tonen de controleacties aan dat het nog beter moet en dat we op sommige plaatsen nog strenger moeten controleren? Merkt u een evolutie in de naleving van de wetgeving met betrekking tot de verkoop van en reclame voor verschillende soorten tabaksproducten ?

**16.02** **Minister Frank Vandenbroucke**: Als we een rookvrije generatie willen, is het essentieel dat er geen tabaksproducten, inclusief e-sigaretten, worden verkocht aan minderjarigen. Aangezien het inzetten van mysteryshoppers in de wet is vastgelegd, heeft de inspectiedienst sinds vorig jaar een efficiënt controlemiddel tot zijn beschikking. Dat werd overigens al in 2023 gebruikt om bewustwording te creëren, maar vanaf 2024 zijn we overgegaan tot het opstellen van processen-verbaal. Op basis van die methode zijn er 128 pv's opgesteld voor de verkoop van tabaksproducten en wegwerp-e-sigaretten.

We zullen in 2025 verder verstrengen en het hele jaar door met mysteryshoppers werken. Vanaf maart zal er ook strenger worden gecontroleerd op het verplicht vragen van een bewijs van leeftijd aan iedereen die jonger lijkt dan 25 jaar en zal er desgevallend repressief worden opgetreden.

Een aanzienlijk aantal controles heeft ook betrekking op de conformiteit van de tabaksproducten zelf.

In 2024 werden 16.600 en 8.800 controles uitgevoerd op respectievelijk de etikettering van tabaks- en e-sigaretten. Daarnaast werden er 4.250 controles uitgevoerd op de reclame voor die producten. Een campagne gericht op sponsoring door de tabaksindustrie tijdens 25 zomerfestivals, resulteerde in boetes voor 2 fabrikanten en 2 reclamebureaus.

In 2025 zal de inspectie zich vooral richten op de implementatie van de nieuwe wetgeving voor die producten. Vanaf februari 2025 zullen controles worden uitgevoerd op de verkoop van wegwerp-e-sigaretten, met extra aandacht voor handelszaken die veel jongeren aantrekken. De wegwerp-e-sigaretten zullen uit de handel worden genomen. Omdat de handelszaken nog een extra maand respijt hebben gekregen, zal er nu wel meteen een proces-verbaal worden opgemaakt.

Vanaf april 2025 geldt een uitstalverbod voor tabaksproducten en een verbod op de verkoop van tabaksproducten in voedingswinkels groter dan 400 vierkante meter. Ook daarvoor gaan we snel over naar een fase waarin bij duidelijke inbreuken onmiddellijk een proces-verbaal zal worden uitgeschreven.

De illegale handel in e-sigaretten, wegwerp-e-sigaretten, nicotinezakjes en andere tabaksproducten is overal in Europa een groot probleem. Vaak zijn de producten, zoals de smartvapes die gericht zijn op jongeren, gevaarlijk door de hoge nicotinegehalten en de aanwezigheid van allerlei stoffen zoals lood en pesticiden.

In Brussel zijn er sinds begin januari 2025 verschillende controleacties uitgevoerd met ondersteuning van de lokale politie. Zo werden in de Agoragalerij gedurende drie opeenvolgende weken controles gehouden, wat resulteerde in ongeveer 40 processen-verbaal en de inbeslagname van meer dan 30.000 illegale wegwerp-e-sigaretten.

De controle op e-commerce is ook geïntensiveerd, waarbij ongeveer 130 particulieren die tabaksproducten, inclusief e-sigaretten, via sociale netwerken verkochten, zijn geïdentificeerd. De controle van webshops werd voortgezet. Er werden ook controlecampagnes op grote verkoopplatforms uitgevoerd. Dat leidde bijvoorbeeld tot de verwijdering van 3.920 advertenties voor e-sigaretten van Belgische, Nederlandse en Franse platforms van Amazon.

De controle-inspanningen zijn ook gericht op ingevoerde postpakketten in België, in samenwerking met de douanediensten. Die samenwerking leidde tot het blokkeren van ongeveer 400 vrachten met in totaal 935.000 producten, waarvan een groot deel kauwtabak betrof.

Nog een prioriteit voor de inspectie is de handhaving van het nieuwe rookverbod op bepaalde locaties in openlucht. Begin dit jaar startte de controlecampagne met een eerste fase, waarin een beperkt aantal controleurs de verschillende buitenlocaties bezochten om controle-expertise te ontwikkelen en de lijst met vragen en antwoorden voor de sector verder op punt te zetten. Vanaf maart zullen controleurs worden ingezet om de signalisatie te controleren, zodat burgers duidelijk weten waar roken verboden is. Eerst wordt daar sensibiliserend gewerkt en na evaluatie kan besloten worden om repressief op te treden. In een latere fase zullen de controleurs ook de rokers aanspreken en eventueel verbaliseren.

Na de eerste controles in attractieparken en dierenparken bleek het beeld gemengd. Sommige locaties voldeden volledig aan de nieuwe wetgeving, terwijl op andere locaties de signalisatie nog moest worden aangebracht. Er zijn parken die verder gaan dan de wetgeving en die een volledig rookverbod hebben ingesteld zonder rookzones, wat ze perfect kunnen. Enkele ziekenhuizen werden ook gecontroleerd, met eveneens een gemengd resultaat. De naleving van het rookverbod varieert van gemeente tot gemeente voor sportterreinen, speelpleinen, scholen en bibliotheken. Sommige gemeenten werden door de inspectie geprezen, andere moesten nog beginnen met het plaatsen van de signalisatie. Die gemeenten kregen een verslag met verwijzingen naar de FAQ's en de beschikbare templates voor de signalisatie.

**16.03 Jan Bertels (Vooruit):** Mijnheer de minister, preventie is absoluut belangrijk. De cijfers, die ik goed zal nalezen in het verslag, tonen aan dat controle nodig is en dat controle werkt. Het is goed dat er na een overgangsperiode met sensibilisering effectief pv's worden opgemaakt. De stoffen in illegale vapes vergiftigen immers de gebruikers ervan. De rokers worden bewust opgezadeld met rommel die hun gezondheid kan schaden. Ik verzoek u dus om effectief pv's op te stellen, nu er einde is gekomen aan de sensibiliseringsperiode voor de maatregelen die in 2023 en 2024 van kracht zijn geworden.

Ik hoop dat men na de huidige sensibiliseringperiode inzake het rookverbod op locaties waar veel jongeren en kinderen samenkomen, ook effectief naar controles zal overgaan. We moeten de naleving van de maatregelen immers afdwingen, aangezien die de gezondheid van kinderen en van rokers de beste bescherming bieden. Laten we ervoor zorgen dat er minder wordt gerookt en dat mensen niet beginnen met roken.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**17** **Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La commercialisation de la naloxone" (56002472C)**

**17** **Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vermarkting van naloxon" (56002472C)**

**17.01** **Patrick Prévot (PS):** *Monsieur le ministre, le 5 novembre dernier, vous me faisiez part que tant vos services que le bureau de la Commission de remboursement des médicaments avait contacté en 2023 toutes les firmes qui produisent des spécialités à base de naloxone, un médicament qui peut sauver la vie d'une personne en situation d'overdose d'opiacés.*

*Sur base des informations dont vous disposiez, je vous cite, "il est probable qu'une des firmes concernées introduise une demande de remboursement en vue d'une inscription sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables. Si cette demande aboutit (...), il en résultera que le médicament sera commercialisé en Belgique."*

*Selon la Feda, des discussions sont actuellement en cours entre l'entreprise Cole Pharmaceuticals et l'INAMI afin de définir les conditions de délivrance et de remboursement des kits de naloxone. Si tel est le cas, c'est une excellente nouvelle.*

*Il me revient toutefois du secteur et conformément à la résolution adoptée par le Sénat le 12 décembre 2022 que les formes de naloxone accessibles au grand public demeurant extrêmement coûteuses, la gratuité totale devrait être envisagée pour des publics cibles en situation de forte précarité ou vulnérabilité.*

*Une délivrance limitée à des ordonnances nominatives pourrait par ailleurs entraver l'accès aux kits pour des structures d'aide non médicalisées ou l'administration à une personne en cas d'urgence, ce qui serait particulièrement problématique et empêcherait l'utilisation optimale du traitement.*

*Monsieur le ministre, pourriez-vous nous confirmer les négociations en cours entre l'entreprise citée et l'INAMI?*

*Qu'est-il envisagé en termes de remboursement?*

*Qu'en sera-t-il de l'accessibilité de ce médicament, en particulier pour les structures d'aide non médicalisées?*

*Enfin, toujours en date du 5 novembre 2024, vous me faisiez part de l'élaboration d'un cadre légal afin de permettre la délivrance des spécialités à base de naloxone dans les centres prenant en charge les patients souffrant d'assuétude. Pourriez-vous nous communiquer où en est la rédaction de cet arrêté royal?*

**17.02** **Frank Vandenbroucke, ministre:** *Monsieur Prévot, afin qu'un médicament puisse devenir remboursable, il faut que la firme introduise une demande à la Commission de remboursement au sein de l'INAMI. Des concertations ont eu lieu entre les représentants de Kool Pharma et les administrations compétentes, y compris l'INAMI, en vue d'une demande de remboursement à la Commission de remboursement des médicaments (CRM). Si mes informations sont exactes, la firme aurait bien l'intention d'introduire un dossier.*

*À ce stade, je ne peux pas encore fournir des informations sur ce qui pourra être envisagé en termes de remboursement vu le fait que le dossier n'a pas encore été introduit et que la CRM devra, au cours*

de la procédure, formuler une proposition de remboursement comportant des conditions de remboursement. Sur la base de cette proposition de la CRM, je serai évidemment amené à prendre une décision.

Je compte prévoir un cadre pour la délivrance qui permet un accès encadré via une délivrance aux centres prenant en charge des patients souffrant d'assuétudes. À ce sujet, j'ai soumis un projet d'arrêté royal à l'avis du Conseil d'État.

**17.03 Patrick Prévot (PS):** Merci, monsieur le ministre. Effectivement, le secteur, conformément à la résolution adoptée au Sénat le 12 décembre 2022, stipule qu'il faudrait pouvoir rendre accessibles gratuitement toutes les formes de naloxone.

Outre le fait que la procédure est toujours en cours, je retiens deux choses de votre intervention. Tout d'abord, selon vous, la société a fait une demande à la Commission de remboursement des médicaments, ce qui est évidemment indispensable pour envisager ce remboursement. Ensuite, en réponse à ma dernière question, vous dites souhaiter prévoir un accès encadré tout en précisant qu'un projet d'arrêté royal est déjà au Conseil d'État. Je ne manquerai pas, vu que c'est une des matières que je suis, de revenir vers vous lorsque celui-ci sera revenu du Conseil d'État.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**18 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les dispositifs médicaux de la zone grise" (56002474C)**

**18 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De medische hulpmiddelen uit de grijze zone" (56002474C)**

**18.01 Patrick Prévot (PS):** *Monsieur le ministre, lorsque le statut d'un produit peut varier entre "médicament", "complément alimentaire" ou "dispositif médical", certaines entreprises fabriquent volontairement des produits qui flirtent avec certaines limites, sans tout à fait les franchir, et entraînant ainsi leur produit dans ce que l'on appelle la "zone grise".*

*Sur le plan légal, le statut de "dispositif médical" peut être recherché car il s'avère plus attractif : leur commercialisation n'est pas soumise à des études approfondies en matière d'efficacité et de sécurité. En résumé, il y a beaucoup moins d'exigences. On comprend mieux pourquoi flirter avec les frontières. On comprend également en quoi il y a un risque pour la protection du consommateur.*

*Test Achats a mené une enquête en 2019 et l'a récemment mise à jour. Il en ressort que 33 produits sont commercialisés sous un statut erroné.*

*À titre d'exemple, si on peut certes noter le retrait de "Femannose-N" et "Urilys-Forte" des dispositifs médicaux qui sont devenus des médicaments (par la présence de 2g de D-Mannose constatée), il resterait une longue série de produits laissés actuellement sous un statut erroné, sans être exhaustif : "XLS Medical Fat Reducer"; "Bepanthen Eczema"; "Flamigel"; "Ziverel", etc.*

*Monsieur le ministre, confirmez-vous les conclusions de l'enquête menée par Test-Achat et qui démontre que 33 produits restent toujours commercialisés sous un statut erroné?*

*En 2019, l'AFMPS partageait sa vive inquiétude au sujet des dispositifs médicaux de la zone grise. Quelles mesures ont été prises pour tarir cette zone grise? Qu'est-ce qui pose encore des difficultés dans ce cadre? D'autres mesures sont-elles envisagées pour protéger les patients et les consommateurs?*

**18.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Au sein de l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS), la Commission mixte - Chambre pour les produits à usage humain a été remplacée en 2024 par la nouvelle Commission pour les produits borderline à usage humain.

Les compétences de cette nouvelle commission ont été étendues afin de pouvoir rendre un avis non seulement sur les médicaments mais aussi sur les produits de santé incluant les dispositifs médicaux, le sang, les tissus, les cellules ainsi que les matières premières.

En effet, précédemment, la Commission mixte ne donnait qu'un avis sur le statut "médicaments" et ce changement permettra à la Commission borderline de l'AFMPS de rendre un avis plus complet. De plus, tous les membres ont été désignés et les procédures ont été revues afin d'optimiser le traitement des dossiers et le transfert d'informations tant au niveau de l'AFMPS qu'avec les autres institutions membres.

Concernant les produits dits de "zone grise" ou "borderline", les médicaments et les dispositifs médicaux se différencient par leur mode d'action. Ces deux produits doivent avoir un but thérapeutique ou diagnostique ou encore prophylactique pour les médicaments. Le mode d'action principal des dispositifs médicaux ne peut pas être dû à des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques, mais il peut être soutenu par de tels moyens.

L'évaluation d'un dossier borderline nécessite dès lors des experts afin de définir l'action principale et ainsi déterminer le statut exact du produit. S'il s'avère qu'un dispositif médical est mis sur le marché en Belgique avec un statut erroné et que le fabricant ou son mandataire est basé en dehors de la Belgique, l'AFMPS doit dans un premier temps contacter l'autorité compétente du fabricant ou son mandataire afin que cette dernière prenne les actions adéquates. L'AFMPS doit prendre des mesures plus contraignantes en cas de risques pour la santé publique ou la santé du patient.

Pour s'assurer que ces dispositifs médicaux sont mis sur le marché avec le statut correct, une nouvelle évaluation des produits actuels sera nécessaire. La législation relative aux dispositifs médicaux est en évolution et les définitions des actions pharmacologiques, immunologiques et métaboliques ont été revues.

Sans réévaluation de chaque dossier, nous ne pouvons pas nous prononcer sur les conclusions de Testachats.

Je vais m'assurer que les 33 produits soient évalués par la Commission pour les produits borderline à usage humain.

S'il se confirme que des produits sont mis sur le marché avec un statut incorrect, les initiatives nécessaires seront prises afin que la non-conformité soit résolue.

**18.03 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse.

Cette étude de Testachats parue en 2019, et qui a été actualisée, a en tout cas le mérite de jouer un rôle de lanceur d'alerte, tout comme ces journalistes le font très régulièrement. Si j'entends qu'il est impossible pour le moment de confirmer cette liste, je ne puis que vous encourager à demander que ces 33 produits soient contrôlés. De la sorte, nous pourrions vérifier si la liste diffusée par Testachats est exacte.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**19 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le retrait des États-Unis d'Amérique de l'OMS" (56002476C)**

**19 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugtrekking van de Verenigde Staten uit de Wereldgezondheidsorganisatie" (56002476C)**

**19.01 Patrick Prévot (PS):** *Monsieur le Ministre, sous un tonnerre d'applaudissements, le nouveau Président américain Donald Trump a signé un décret faisant sortir les États-Unis de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).*

*Vu les missions de l'organisation onusienne, je rejoins vos propos relatés dans les médias qui qualifient cette décision d'"imprudente". La crise du coronavirus a montré plus que jamais que la collaboration et la coopération entre tous les pays du globe sont nécessaires. Face à la mondialisation, à l'intensification des flux et de leurs réseaux logistiques dont profitent les virus, il nous faut une structure multilatérale*

*pour le bien de toutes et tous.*

*Comme vous le savez, le budget de l'OMS provient d'un financement public-privé. À l'occasion d'une évaluation du fonctionnement de l'organisation, la Belgique a rappelé que pour pouvoir fonctionner de manière optimale, l'OMS a besoin d'une certitude à long terme en matière de revenus. Or, à l'heure actuelle, seulement 20 % environ du budget proviennent de contributions obligatoires garanties.*

*Pour la période 2022-2023, les États-Unis, premier contributeur mondial, accordait une enveloppe budgétaire de 1 284 millions d'euros. À titre de comparaison, la Commission européenne, cinquième contributeur mondial, accordait 468 millions d'euros.*

*Monsieur le ministre, quel impact concret ce retrait américain pourrait-il avoir en matière de santé publique mondiale et de gestion des potentielles crises sanitaires futures?*

*Ce retrait de l'OMS aura-t-il une influence sur la contribution financière des autres pays membres, d'autant que ces derniers s'étaient accordés sur une augmentation progressive des contributions fixes? Quel devrait être le montant budgétaire pour compenser ce retrait? A-t-on déjà une idée des conséquences financières que cela pourraient avoir pour la Belgique?*

**19.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Avant toute chose, chers collègues, je tiens à souligner que nous regrettons au plus haut point, le départ annoncé des États-Unis de l'OMS. On ne peut qu'espérer qu'ils reconsidéreront leur décision mais ce n'est pas évident. Les États-Unis sont le principal bailleur de fonds de l'OMS puisqu'ils versent près d'un cinquième de son budget total. De manière réaliste, nous devons donc nous attendre à un impact majeur sur la capacité de l'OMS à remplir ses missions. Il me semble que l'OMS prévoit déjà des économies immédiates en interne par une interruption du recrutement, une réduction des frais de voyage, l'organisation de réunions virtuelles et la limitation de l'assistance technique aux pays.

Cependant, selon moi, les économies en interne ne seront pas suffisantes pour pouvoir continuer à financer toutes les activités actuelles et par conséquent, il faudra redéfinir les priorités en concertation avec tous les États membres. Cette discussion a déjà été entamée étant donné que le budget pour la période 2026-2027 sera décidé cette année lors de l'assemblée mondiale de la santé au mois de mai. Nous plaçons quant à nous pour que l'OMS élabore une proposition de budget qui tienne pleinement compte de la diminution possible de son financement et pour qu'elle se concentre sur ses tâches essentielles comme le prévoit sa constitution.

Il n'est pas évident d'estimer les conséquences potentielles en termes de préparation à la pandémie, spécifiquement pour notre pays, mais je peux déjà identifier les défis suivants. Si les États-Unis se retirent complètement de toutes les activités et de tous les réseaux de l'OMS, cela signifie qu'en termes de surveillance des agents pathogènes à potentiel pandémique et de leur évolution, nous aurons un grand angle mort et nous serons donc moins en mesure de nous préparer à d'éventuelles pandémies à l'avenir. La diminution du financement de la lutte mondiale contre le VIH, l'hépatite, les maladies sexuellement transmissibles et la tuberculose signifie que moins de personnes auront accès à un diagnostic adéquat et aux soins correspondants avec pour conséquence que ces agents pathogènes peuvent circuler et donc évoluer plus fortement, ce qui peut donner lieu à de nouveaux variants et/ou à des germes pathogènes de plus en plus résistants.

De plus, la réduction des opérations de l'OMS sur le terrain signifie qu'en cas de foyer de maladie, nous serons moins rapidement informés au niveau mondial sur les nouveaux agents pathogènes et les risques qui y sont associés. Tout ceci est donc assez préoccupant. C'est vraiment un défi majeur.

Pour ce qui est de l'influence sur la contribution financière des autres pays membres, nous savons, d'après les premières informations fournies par l'OMS, qu'elle ne compensera pas le retrait des États-Unis en augmentant la contribution obligatoire des autres États membres. Toutefois, l'OMS continue d'insister pour que la trajectoire de croissance des contributions obligatoires continue d'être suivie. Elle proposera très probablement aux États membres une seconde augmentation des contributions obligatoires de 20 %. En effet, les États membres de l'OMS se sont engagés à procéder à ces augmentations progressives au lendemain de la crise covid, alors qu'il était déjà évident que l'absence de financement garanti constituait un problème majeur pour l'OMS.



La Belgique a soutenu la première augmentation de 20 % dans le passé et a également exprimé son soutien à la trajectoire de croissance proposée par l'OMS.

**19.03 Patrick Prévot (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Je ne peux que partager votre regret, avec certainement moins d'angélisme. Je pense en effet que nous sommes sur une trajectoire inéluctable. D'ailleurs, nous apprenions vendredi dernier que les États-Unis se retiraient également des négociations autour d'un traité contre les pandémies. Le train est malheureusement en marche. Il faudra trouver une solution sans les États-Unis. C'était quand même le premier contributeur de l'OMS. À titre de comparaison, la Commission européenne est le cinquième contributeur au budget de l'OMS.

J'entends que des économies immédiates ont déjà été entamées. Il faudra faire aussi bien avec beaucoup moins. Cela me rappelle peut-être l'accord de gouvernement.

Pour ce qui est de la contribution de notre pays, je sais que nous avons souvent fait partie des bons élèves, en suivant la trajectoire demandée. Il serait difficile de comprendre que nous ne puissions pas également participer à la solidarité inter-pays et que nous ne contribuions pas, à due concurrence, pour compenser quelque peu le manque à gagner suite au départ des États-Unis.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**20 Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La résilience de notre système de santé" (56002479C)**

**20 Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De veerkracht van onze gezondheidszorg" (56002479C)**

**20.01 Caroline Désir (PS):** *Monsieur le ministre, selon le dernier baromètre réalisé par le spécialiste des technologies médicales BD, en collaboration avec des acteurs du secteur, il apparaît que la résilience de notre système de santé est moins bonne que de nombreux autres pays européens. Alors que la Norvège se classe au sommet de ce baromètre avec un score de 76 sur 100, la Belgique (57 sur 100) est pour sa part pointée en 35<sup>e</sup> position, derrière notamment la France, l'Allemagne et les Pays-Bas, mais devant la Pologne, la Slovaquie ou la Russie.*

*Monsieur le ministre, comment expliquer les résultats de ce baromètre? Partagez-vous les constats qui y sont mentionnés?*

*Si la Belgique est bien classée en termes de couverture santé, elle semble présenter des lacunes concernant la sécurité des patients. Le rapport pointe notamment le taux d'infections associées aux soins qui atteint 9,2 % des patients dans les hôpitaux belges, contre une moyenne européenne de 6,8 %. Notre pays est également pointé du doigt pour ses performances en matière de surveillance des infections nosocomiales. Sur l'ensemble de cette thématique "patients", la Belgique se classe derrière tous ses voisins, mais aussi derrière l'Italie, la Pologne, le Royaume-Uni ou l'Espagne.*

*Quelles stratégies doivent être envisagées, notamment en termes de surveillance et de prévention, pour réduire les infections et protéger davantage les patients?*

*Le baromètre signale également un taux élevé de burnout parmi les professionnels de la santé ainsi qu'un ratio infirmiers/patients (9,4) trop éloigné de la recommandation européenne de 8. Le bien-être mental des soignants n'est en outre pas suffisamment pris en compte.*

*Quelles mesures ont été prises au cours des dernières années pour pallier cette problématique et quelles devront être les priorités des prochaines années?*

*Le système de santé belge rencontre par ailleurs des problèmes d'efficacité, notamment par rapport à l'empreinte écologique du secteur et les déchets médicaux trop importants.*

*Comment accompagner et soutenir le secteur, en particulier les institutions hospitalières, dans le cadre de ce défi d'avenir?*

**20.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, le baromètre sur lequel la question se focalise souligne, à juste titre, que le bien-être des professionnels de la santé, y compris les taux de burn-out et le ratio infirmier-patient, constituent des enjeux essentiels.

Le SPF Santé publique et Sciensano ont lancé, le 13 janvier dernier, la campagne Be.Well.Pro, qui vise à améliorer le bien-être des professionnels de la santé. Elle a pour objectif de mettre en place des améliorations systématiques et durables des conditions de travail et de vie des soignants. Une enquête nationale circule jusqu'au 23 mars. Elle fournira une vision approfondie des conditions de travail et de vie des soignants, ainsi que des défis auxquels ils sont confrontés au quotidien. Les résultats permettront de répondre de manière proactive aux besoins spécifiques du secteur.

La Belgique s'engage activement à renforcer la prévention et le contrôle des infections dans les soins de santé. Au niveau fédéral, un financement est prévu au sein des hôpitaux. L'expertise est partagée et les compétences des professionnels sont renforcées. La politique fédérale en la matière est en cours d'évaluation. Pour déterminer les facteurs de succès des protocoles IPC (contrôle et prévention des infections), les résultats de cette évaluation sont attendus en 2025 et permettront d'optimiser les projets IPC. En outre, la Belgique participe activement à des projets européens qui promeuvent l'échange d'expertise et de bonnes pratiques en matière d'IPC.

La lutte contre les infections associées aux soins (IAS) est également une composante centrale du plan d'action national de lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Les hôpitaux belges surveillent les infections nosocomiales et collectent des indicateurs de prévention pour suivre l'évolution de la résistance aux antimicrobiens. En 2022, 9,2 % des patients des hôpitaux de soins aigus en Belgique avaient une infection associée aux soins. Une hausse en partie due à l'inclusion des IAS des établissements de long séjour et des infections COVID-19. Sans ces infections-là, la prévalence serait de 7,9 %, soit une augmentation de seulement 0,6 % depuis 2017.

La prévalence des IAS en Belgique reste plus élevée qu'attendu, soulignant l'importance de renforcer la prévention. Mais cette prévalence élevée reflète probablement aussi une détection plus rigoureuse et une augmentation du signalement des IAS.

D'autres pays annoncent des chiffres beaucoup plus bas mais investissent moins dans la détection et la prévention des infections, ce qui réduit l'identification des cas. De plus, la forte proportion de patients gériatriques en Belgique, plus vulnérables aux infections, contribue aussi à la prévalence élevée des IAS.

La visite du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) en 2024 a mis en avant la nécessité d'améliorer la détection et la gestion des organismes dits résistants, notamment en clarifiant les pathogènes prioritaires, en renforçant les laboratoires et en optimisant la notification. Malgré ces défis, la Belgique poursuit une politique IPC cohérente, dont le succès repose sur l'engagement des soignants et des hôpitaux pour renforcer la sécurité des patients et la résilience du système de santé.

Depuis 2020, le Fonds blouses blanches permet aux hôpitaux de recruter du personnel de soutien pour alléger les tâches administratives et logistiques du personnel soignant, priorisant ainsi les soins aux patients. En 2020, 11,7 millions d'euros de ce fonds ont été alloués au soutien psycho-social des travailleurs hospitaliers. De plus, l'accord social 2021-2022 qui prévoit 100 millions d'euros pour les améliorations qualitatives des conditions de travail, et l'équilibre privé-professionnel dans les soins, a permis le recrutement de personnel supplémentaire pour soutenir ces initiatives au sein des hôpitaux ainsi que le lancement de projets sur la gestion de l'agression, le coaching d'équipes et le leadership, bénéficiant au personnel soignant et de soutien dans les hôpitaux publics et privés.

Enfin, une étude récente a analysé les émissions du secteur des soins de santé, qui représentent encore environ 5 % des émissions belges, et identifié les actions ayant le plus d'impact sur les émissions des soins de santé. Il s'agit maintenant d'élaborer un plan d'action pluriannuel, ainsi qu'un projet visant à réduire la sur-utilisation du plastique jetable. Réduire ces émissions nécessite une approche cohérente impliquant tous les niveaux de pouvoir car les responsabilités et compétences sont partagées entre le fédéral, le régional et le niveau communautaire.

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

J'ai bien noté toutes les informations relatives à la sécurité et j'ai compris que vous attendiez les résultats d'une évaluation pour cette année. Nous suivrons attentivement ce dossier, parce que nous sommes très éloignés des chiffres qui ont cours chez nos voisins et dans l'Union européenne en général. Des améliorations doivent donc encore être certainement apportées.

Vous avez débuté votre réponse en abordant la question du bien-être des professionnels de la santé, en rappelant qu'il s'agissait d'un enjeu essentiel. Ce l'est également aux yeux de mon groupe. Vous nous trouverez à vos côtés pour répondre à ces enjeux. J'ai vu que vous aviez déposé plusieurs éléments sur la table.

Cela dit, je suis inquiète – et je vous en ai fait part lors des premiers débats autour de l'accord Arizona –, parce qu'aussi bien le Fonds blouses blanches que l'accord social ne sont pas inclus dans le budget de la norme de croissance. Non seulement celle-ci ne répond pas aux besoins de la population, mais, de surcroît, rien n'est prévu pour aboutir à un accord social.

J'ai entendu vos intentions, que je partage. Cependant, le nerf de la guerre reste pour nous le budget.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**21** **Question de Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation des coûts de santé pour le patient" (56002506C)**

**21** **Vraag van Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van de gezondheidsuitgaven van de patiënt" (56002506C)**

**21.01** **Caroline Désir (PS):** *Monsieur le ministre, l'année dernière, les dépenses des ménages belges pour les soins de santé – notamment les médicaments, les consultations médicales et les hospitalisations – semblent avoir nettement plus augmenté qu'ailleurs en Europe, selon une analyse effectuée par l'Écho. Ces coûts auraient ainsi grimpé de 4,4 % en 2023 par rapport à 2022. Un chiffre qui serait trois fois supérieur à la moyenne européenne. La part des dépenses de santé dans le budget des ménages belges atteindrait 7,4 %, un chiffre qui dépasse celui de tous les autres pays de l'Union européenne. Selon Dominique Vandijck, économiste de la santé à l'Université de Gand, cette augmentation rapide s'explique en grande partie par le phénomène de déconventionnement des prestataires de soins et les difficultés financières croissantes des hôpitaux dont les financements publics ne couvriraient qu'environ 40 % des coûts. Il apparaît par ailleurs que les patients doivent supporter un ticket modérateur bien plus élevé que dans la majorité des autres pays européens. Environ 18 à 20 % des dépenses totales de santé sont directement payées par les patients belges, contre seulement 9 à 12 % dans les pays voisins. De plus, l'absence de tiers-payant généralisé oblige encore trop souvent les patients à avancer les frais avant d'être remboursés par leur mutualité. Ce qui semble être une exception en Europe.*

*Monsieur le ministre, comment expliquer cette évolution des coûts de santé pour les patients dans notre pays? Comment expliquer que la part des dépenses de santé dans le budget des ménages dépasse celui de tous les autres pays de l'Union européenne? Disposez-vous d'une analyse plus détaillée des postes concernés par cette augmentation de coûts?*

*L'accessibilité aux soins et la lutte contre le report de ceux-ci doivent rester une priorité. Via une limitation des suppléments d'honoraires, via une plus grande généralisation du tiers-payant, via un meilleur remboursement de certaines prestations et médicaments, via une politique de conventionnement plus efficace, via un financement plus adapté des hôpitaux.*

*Quelles mesures devraient, selon vous, être mises sur la table à l'avenir pour juguler cette hausse des dépenses de santé pour les patients?*

*Ce gouvernement a du pain sur planche et, on le voit encore avec ces informations, il devra mener des réformes pour plus d'efficacité dans notre système de santé mais devra également faire les*

*investissements nécessaires pour continuer à garantir un système de santé accessibilité à tous.*

*Je vous remercie.*

**21.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Taton, je vois que vous êtes impatiente. Je viendrai à vous, il nous reste encore du temps, pas de souci.

La **présidente**: Mme Meunier l'est aussi.

**21.03 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Désir, je vais vous donner quelques chiffres qui apportent une nuance dans le débat. La masse des tickets modérateurs comptabilisés passe de 2,069 milliards en 2015 à 2,284 milliards d'euros en 2023. Par rapport au total des honoraires, la part des tickets modérateurs diminue de 8,2 % en 2015 à 6,4 % en 2023.

Je crois que l'on peut s'en réjouir. Le gouvernement précédent a joué un rôle positif à cet égard. Il convient donc évidemment de maintenir le cap. Il est important de noter que cette masse des tickets modérateurs est encore corrigée par le maximum à facturer.

Pour l'année 2023, 330 millions d'euros de tickets modérateurs sont pris en charge par l'assurance maladie. Ainsi, la masse des tickets modérateurs pour l'année 2023 s'élève à 1,954 milliard d'euros et non pas à 2,284 milliards. De plus, par le biais du statut BIM, l'INAMI offre une protection additionnelle aux familles socio-économiquement plus fragiles, ce qui se traduit dans les tickets modérateurs à leur charge. La part des tickets modérateurs par rapport aux honoraires totaux a diminué depuis 2015, passant de 10,3 % à 8,1 % pour les bénéficiaires non préférentiels et de 2,8 % à 2,1 % pour les bénéficiaires BIM. Ceci étant dit, il est clair que nous devons continuer de prendre des mesures pour favoriser le conventionnement des différents acteurs de la santé et mettre des freins aux divers suppléments.

Ce sont des chantiers cruciaux dans l'accord de gouvernement. Évidemment, le gouvernement est tout neuf, donc l'opposition devra se montrer vigilante pour voir ce que nous réalisons. Mais pour moi, ceci reste un défi très important, un engagement vraiment fondamental dans l'action du gouvernement.

**21.04 Caroline Désir (PS)**: Monsieur le ministre, je vous remercie.

Entre le moment où j'ai rédigé cette question et aujourd'hui, j'ai pu lire attentivement l'accord de gouvernement. Je ne nie évidemment pas votre engagement relatif à la limitation des suppléments d'honoraires, à une extension du tiers-payant et à une politique de conventionnement plus efficace. Ma question rejoint ma précédente réplique, à savoir: comment parvenir à ces objectifs tout en réalisant des économies et en n'investissant pas davantage dans notre système de soins de santé? Nous accomplirons donc notre travail d'opposition de manière constructive mais intransigeante sur ces questions d'accessibilité financière des patients aux soins de santé.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: La question n° 56002500C de Mme Katleen Bury est reportée.

**22 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation de la proportion d'exams par IRM par rapport aux exams CT" (56002517C)**

**22 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het optrekken van het aantal MRI-scans ten opzichte van het aantal CT-scans" (56002517C)**

**22.01 Julie Taton (MR)**: *Monsieur le ministre, nous avons pris note avec intérêt des mesures que vous préparez pour augmenter la proportion d'exams par Imagerie par IRM par rapport aux exams par Tomodensitométrie (CT). Cette transition vise notamment à réduire les risques liés à l'exposition aux radiations pour les patients, ce qui est un objectif légitime. Il est important de noter que les technologies CT ont connu des avancées significatives. Grâce à l'intégration de l'IA dans les processus de reconstruction d'images, les niveaux de radiation des exams CT ont été drastiquement réduits.*

*Il convient de rappeler que les scanners CT sont, dans de nombreux cas, plus adaptés à certaines situations cliniques. Par exemple, un examen CT est généralement beaucoup plus rapide qu'un examen IRM, avec une durée moyenne de 5 à 15 minutes contre 30 minutes ou plus pour une IRM. Cette différence de rapidité est cruciale dans des contextes d'urgence, où une prise en charge rapide peut sauver des vies. Par ailleurs, chaque technologie a ses avantages spécifiques : les IRM offrent une meilleure visualisation des tissus mous, tandis que les CT restent souvent la méthode de choix pour d'autres types d'évaluations.*

*Nous notons également que le passage accru de CT vers IRM posera des défis logistiques considérables pour les hôpitaux. Un plus grand nombre de machines IRM sera nécessaire et davantage de personnel spécialisé et mieux formé que les examens CT. dans le contexte actuel de pénurie de main-d'œuvre qualifiée...*

*Actuellement, les patients doivent attendre entre 4 et 6 mois pour obtenir un examen IRM, ce qui est problématique pour un grand nombre de pathologies nécessitant un diagnostic rapide. Si la transition des CT vers IRM se poursuit sans une planification adéquate et sans investissements complémentaires, nous craignons que ces délais d'attente ne s'allongent encore.*

*Nous nous interrogeons sur la stratégie à adopter pour résoudre ce problème dans sa globalité. Tout en soutenant pleinement l'investissement dans les technologies IRM, ne serait-il pas également judicieux d'envisager des financements supplémentaires pour des technologies CT innovantes? Comment envisagez-vous de répondre à ces défis? Quelles mesures concrètes comptez-vous mettre en place pour garantir un accès équitable et rapide à ces examens pour les patients? Dans quels délais peut-on espérer des solutions effectives qui permettent à la fois de réduire les délais d'attente et de préserver la qualité des soins?*

**22.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Taton, l'imagerie médicale par tomodensitométrie (CT) occupe une place importante dans le diagnostic, par exemple dans le cadre d'urgences, comme vous le soulignez dans votre question.

Cela étant, trop d'examens CT non justifiés sont encore pratiqués. C'est pourquoi ma politique vise à réduire le nombre d'examens CT non justifiés. L'utilisation de l'imagerie médicale doit être fondée sur des données probantes. Pour le groupe d'examens CT qui sont aujourd'hui non justifiés, cela signifie en pratique que pour une partie de ces examens, il serait préférable de recourir à une alternative, par exemple un examen IRM, et pour une autre partie, de ne recommander aucune imagerie.

Vous indiquez que l'innovation permet de réduire la dose de rayonnements d'un examen CT individuel. C'est en effet un élément positif. Mais, même avec une dose de rayonnements plus faible, le risque de rayonnement pour le patient n'est pas compensé par un bénéfice pour la santé lorsque l'examen CT n'est pas justifié et est donc, à vrai dire, inutile.

En outre, les données de l'Agence fédérale de contrôle nucléaire nous montrent que le nombre d'examens CT augmente plus rapidement que la dose par examen ne diminue, de sorte que l'exposition aux rayonnements liée aux examens CT pour la population belge, en termes nets, continue d'augmenter.

La radioprotection n'est par ailleurs qu'un aspect de la question. Indépendamment de cet aspect de radioprotection, tout examen inutile reste préjudiciable au patient car il ne l'aide pas. Il suscite une anxiété inutile, des examens complémentaires inutiles, des coûts inutiles, une perte de temps voire, dans les cas extrêmes, des traitements inutiles. Il demeure donc important d'investir dans une utilisation efficace de l'imagerie médicale.

J'ai décidé d'augmenter la capacité IRM de 20 appareils à la fin de la législature précédente. C'est une extension plus importante que les précédentes. Dans le cadre de cette extension, j'ai veillé à réduire les différences géographiques existantes, dans l'intérêt des patients. Il faudra un certain temps pour que l'impact de cette mesure se fasse sentir, étant donné que les Communautés doivent pouvoir attribuer les agréments nécessaires.

Les hôpitaux devront par la suite respecter les procédures d'achat. Ces appareils devront être installés. Ce n'est qu'ensuite que les nouveaux appareils IRM pourront être mis en service.

Vous savez aussi qu'il y a eu des recours contre cette décision de principe. Tout cela prend hélas du temps.

L'accessibilité ne dépend toutefois pas seulement de l'offre. La capacité doit également être utilisée de manière efficace. À cette fin, le projet Prescription Search Support pour la radiologie, également appelé PSSR, est en cours. Le PSSR offrira une aide à la prise de décision intégrée dans une prescription de renvoi électronique. Les médecins pourront ainsi bénéficier de recommandations fondées sur des données probantes et de manière conviviale.

D'une part, le projet s'adresse aux médecins prescripteurs, qui prescriront ainsi des examens d'imagerie médicale de manière plus ciblée. D'autre part, le projet vise également les radiologues qui pourront ainsi mieux utiliser leurs droits de substitution. En effet, les médecins prescripteurs et les radiologues partagent la responsabilité de veiller à l'utilisation correcte de l'imagerie médicale dans l'intérêt du patient, en s'appuyant à la fois sur des recommandations fondées et sur leur expertise.

Dans la plupart des cas, suivre les recommandations sera le meilleur choix, mais pour un patient individuel, le médecin pourra toujours s'écarter des recommandations si nécessaire.

Outre l'amélioration de l'efficacité, un autre objectif majeur du projet PSSR est de mieux comprendre la façon dont on prescrit dans notre pays. Nous savons que les volumes sont élevés. Nous aurons encore besoin de données sur le degré d'efficacité de ces examens, sur la mesure dans laquelle les recommandations fondées sur des données probantes sont suivies.

Cela contribuera à soutenir la politique et à permettre une responsabilisation ciblée là où c'est nécessaire. En outre, ces données permettent aux médecins de s'autoévaluer et de voir comment ils prescrivent par rapport à des pairs et quelle est la marge d'amélioration possible.

L'instauration du PSSR est prévue pour le premier semestre 2026. Mes administrations préparent actuellement les dispositions nécessaires en étroite concertation avec le secteur.

**22.03 Julie Taton (MR):** Monsieur le ministre, je vous remercie. Nous sommes bien sûr disponibles pour discuter de tous ces enjeux.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**23 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le soin des plaies chroniques" (56002518C)**

**23 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Chronischewondzorg" (56002518C)**

**23.01 Julie Taton (MR):** *Monsieur le ministre, les plaies chroniques touchent environ 300 000 patients chaque année, avec une prévalence accrue chez les personnes âgées et les patients atteints de comorbidités. Elles entraînent une souffrance significative, des limitations dans la vie quotidienne, et un fardeau financier pour notre système de santé.*

*L'INAMI a établi depuis 2007 le remboursement du traitement des plaies chroniques par des pansements avancés dont l'efficacité a prouvé l'accélération de la cicatrisation et la réduction des complications. Pourtant, nous avons constaté une réduction drastique des budgets alloués au traitement des plaies chroniques: de 1,5 million d'euros par an en 2019 à seulement 178 000 euros en 2023. Cette baisse interpelle, d'autant plus que l'amélioration des soins de santé et le vieillissement de la population belge laissent prévoir une augmentation continue de l'incidence et de la prévalence des plaies chroniques. Les conséquences de ces restrictions budgétaires sont graves: allongement des durées de traitement, recours accru aux soins hospitaliers, aux antibiotiques et augmentation des coûts indirects dus aux pertes d'autonomie des patients (arrêt de travail). Nous sommes interpellés des faibles taux de remboursements de ces traitements à 20 % tandis que la plupart de nos voisins européens sont à 100 %. Beaucoup de patients choisiront de ne pas se faire traiter. Il est donc urgent d'adopter une vision globale qui considère les plaies chroniques comme une pathologie à part entière. Cela inclut la reconnaissance des besoins spécifiques des patients atteints de plaies chroniques; la mise en place*

*d'équipes multidisciplinaires pour une prise en charge coordonnée et une révision du système de remboursement pour garantir un accès équitable aux innovations, comme les pansements avancés. Des études montrent que ces mesures permettraient de réduire les durées de cicatrisation, d'améliorer la qualité de vie des patients et de diminuer les coûts globaux pour notre système de santé.*

*Quelles mesures concrètes le gouvernement envisage-t-il pour garantir un accès équitable aux traitements innovants pour les patients atteints de plaies chroniques? Comment expliquez-vous la réduction drastique des budgets alloués aux soins des plaies chroniques, et quelles actions seront prises pour corriger cette situation? Face à l'augmentation prévisible de l'incidence des plaies chroniques, quelles stratégies sont prévues pour favoriser une prise en charge globale, centrée sur les résultats thérapeutiques et le bien-être des patients?*

**23.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Taton, en ce qui concerne votre première question relative aux mesures concrètes envisagées par le gouvernement pour garantir un accès équitable aux traitements innovants pour les patients atteints de plaies chroniques, la réponse est la suivante. Les pansements actifs actuellement remboursables couvrent déjà une large gamme de soins nécessaires dans le cadre des plaies chroniques.

La réforme faite en 2019 avait un double but. Premièrement, donner accès à des modalités de remboursement plus connues par les acteurs de terrain et, surtout, à un remboursement direct aux patients à la place d'un montant forfaitaire octroyé mensuellement. Le patient n'a donc plus à avancer le montant total. Deuxièmement, assurer un meilleur suivi des traitements et éviter leur limitation dans le temps. Par ailleurs, les conditions de remboursement ont été élargies à l'épidermolyse bulleuse, jonctionnelle ou dystrophique. À ce jour, et au vu des limitations des budgets, il est difficile de prévoir un grand élargissement de la liste avec des moyens innovants et probablement coûteux.

Concernant la deuxième question relative à la réduction drastique des budgets alloués aux soins des plaies chroniques, les budgets octroyés annuellement suivent le *trend*. Étant donné que les dépenses en matière de pansements actifs ont fortement diminué, les budgets sont alors réduits à l'image de ces diminutions. En effet, entre 2019 et 2023 (années complètes dont on dispose) les dépenses sont passées de 1 264 000 euros à seulement 178 000 euros. C'est donc une diminution très significative et c'est le *trend* qui a été suivi dans la fixation des budgets.

Pour ce qui est de votre troisième question, depuis de nombreuses années, les firmes sont obligées de garder les mêmes prix pour les pansements actifs remboursables. Ceci entraîne de nombreuses demandes de suppression de la liste de la part des firmes. Le service de l'INAMI se penche sur un projet qui vise non seulement à diminuer les montants à charge du bénéficiaire, mais également à permettre un prix plus élevé des pansements.

À ce jour, la base de remboursement est équivalente au prix du produit. Elle est fixée suivant une règle de calcul officielle qui est dépendante de la catégorie du pansement et de la superficie totale.

Madame Taton, il y a là un enjeu qu'on est en train d'étudier et qui sera suivi.

**23.03** **Julie Taton** (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie beaucoup pour vos réponses précises. Cela touche la qualité de vie de milliers de personnes auxquelles il faut garantir des soins dignes et adaptés.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**24** **Question de Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le financement des CPVS" (56002524C)**

**24** **Vraag van Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De financiering van de ZSG's" (56002524C)**

**24.01** **Marie Meunier** (PS): Monsieur le ministre, suite à une question orale récemment adressée à votre collègue Marie-Colline Leroy, nous avons appris que le financement des CPVS, structures cruciales pour une prise en charge optimale des victimes de violences sexuelles, sera désormais assuré par l'INAMI, dans le cadre de la loi adoptée l'année passée. C'est également l'INAMI qui sera

*responsable de la procédure de sélection des hôpitaux qui accueilleront les CPVS. Nous avons également obtenu la confirmation qu'un nouveau CPVS ouvrirait à Mons en 2026.*

*Monsieur le ministre, pouvez-vous nous confirmer qu'un centre ouvrira bien à Mons et pouvez-vous nous éclairer concernant le déroulement de la procédure de sélection de l'hôpital qui accueillera la nouvelle structure?*

*Pouvez-vous nous communiquer les informations relatives à la sélection et au financement des CPVS ainsi que la répartition du budget entre les différents arrondissements?*

**24.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Meunier, les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) offrent des soins globaux aux victimes de violences sexuelles. Ils ont été créés en 2017 en tant que projet- pilote. Vous savez que les hôpitaux, la police et le ministère public collaborent en ce sens.

Les CPVS sont devenus désormais un projet structurel en vertu de la loi du 26 avril 2024 relative aux Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. Cette loi énonce que le Comité d'assurance de l'INAMI doit conclure une convention avec l'hôpital souhaitant être partenaire d'un CPVS. La loi prévoit en son article 61 la possibilité de reporter, par arrêté royal, l'entrée en vigueur des articles 47, 48, 58 et 59 qui s'appliquent tous aux hôpitaux. Étant donné que des travaux préparatoires doivent encore être accomplis par les services de l'INAMI avant que les conventions de l'article 56 puissent être conclues avec les hôpitaux partenaires, l'entrée en vigueur des articles est reportée. L'arrêté royal prévoyant ce rapport sera publié prochainement.

Cela signifie que les centres qui concluront une convention avec le Comité de l'assurance seront sélectionnés au cours de cette année. À partir de 2026, l'INAMI conclura une convention avec les hôpitaux sélectionnés. À ce jour, vous savez qu'il existe dix centres répartis sur tout le territoire. Ceux-ci sont financés par le budget des moyens financiers des hôpitaux, grâce au Fonds du personnel de soins. La coordination nationale des centres est assurée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes.

Pour la convention INAMI, treize centres seront sélectionnés au cours de l'année, afin de disposer d'une convention à partir de 2026. Les centres seront sélectionnés dans les parquets des procureurs du Roi suivants: Anvers, Brabant wallon, Bruxelles, Charleroi, Flandre occidentale, Flandre orientale, Hal-Vilvorde, Liège, Limbourg, Louvain, Luxembourg, Mons et Namur. Un centre sera choisi par parquet. Celui de Mons figure sur la liste.

La procédure de sélection n'a pas encore été établie par l'INAMI. Elle sera annoncée dans le courant de l'année 2025.

En ce qui concerne la répartition du budget, comme l'INAMI ne financera les structures CPVS qu'à partir de 2026, aucune répartition du budget n'a encore été effectuée pour 2026. Pour la répartition du budget pour l'année 2025 ou les années antérieures, je n'ai pas de réponse ici, mais je vous renvoie au membre du gouvernement en charge de cette question, mon collègue Rob Beenders.

**24.03** **Marie Meunier** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour cette réponse.

J'ai effectivement constaté que, dans l'accord de gouvernement, un CPVS allait voir le jour à Mons. Vous vous en doutez, c'est celui qui m'intéresse le plus.

J'entends que la procédure de sélection n'est pas encore définie et qu'il n'y a pas encore de répartition du financement et des différents budgets.

Je ferai évidemment le même travail avec votre collègue, mais je me permets d'insister sur certains points qui, je pense, devraient faire l'objet d'une attention particulière de votre part.

J'ai eu l'occasion de visiter certains CPVS et d'en rencontrer le personnel. Ces centres demandent un renfort du personnel, notamment dans la prise en charge de nuit. Il semble qu'actuellement, les nuits s'effectuent de manière assez solitaire pour le personnel, ce qui induit une certaine dangerosité, surtout dans le cas de certains accueils.



Par ailleurs, j'attire votre attention – tout comme j'attirerai celle de votre collègue le ministre de l'Intérieur – sur une demande qui émane de la police, en lien avec les CPVS. Il s'agit d'une demande de renfort policier et de renfort budgétaire. Aujourd'hui, les zones de police sont également sous-financées à ce sujet-là. Détacher des policiers pour accompagner les victimes au sein des CPVS leur demande du temps et un renfort physique qu'ils n'ont actuellement pas. J'espère pouvoir compter sur vous pour avoir un écho favorable auprès de votre collègue de l'Intérieur.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**25** Question de Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les licenciements annoncés chez Helora" (56002525C)

**25** Vraag van Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De aangekondigde ontslagen bij Helora" (56002525C)

**25.01** Marie Meunier (PS): *Monsieur le ministre, la situation financière des hôpitaux belges est de plus en plus préoccupante, comme en témoigne le dernier rapport Maha 2024 de Belfius. Ce rapport souligne une perte cumulée de 174 millions d'euros pour le secteur en 2023, avec deux tiers des hôpitaux déficitaires.*

*Parmi les facteurs qui contribuent à cette situation, on relève l'augmentation des coûts énergétiques, des dépenses en cybersécurité, et surtout des charges liées au personnel. En Wallonie, les investissements hospitaliers ont diminué, mettant en péril la qualité des soins à long terme.*

*Cette fragilité se traduit concrètement dans le cas du groupe hospitalier Helora, qui prévoit de supprimer soixante postes dans ses établissements, dont quarante sur le site de Jolimont. Les sites montois ne sont pas épargnés, avec un plan d'économies de 10 millions d'euros. Les syndicats craignent des impacts majeurs sur l'emploi et la qualité des soins dans ces établissements essentiels pour la région.*

*La situation d'Helora n'est malheureusement pas isolée. D'autres établissements pourraient devoir prendre des mesures semblables à l'avenir si une réforme du financement des hôpitaux adéquate n'est pas mise en place.*

*Monsieur le ministre,*

*Pourriez-vous faire le point sur la situation financière des hôpitaux belges?*

*Quelles sont les étapes déjà mises en œuvre dans le cadre de la réforme du financement des hôpitaux et quelles devront être les prochaines étapes selon vous?*

*L'association des directeurs d'hôpitaux (ADH) a récemment appelé à réformer les soins de santé via un livre blanc. Quel est votre retour par rapport à leurs recommandations?*

**25.02** Frank Vandenbroucke, ministre: Concernant votre première question sur la situation financière des hôpitaux belges, malgré d'importantes injections de capitaux – par exemple les 2 milliards dans le contexte de la situation covid, les 80 millions d'euros dans le contexte de la crise énergétique – et malgré le fait que, structurellement, le budget des moyens financiers des hôpitaux a été augmenté de façon très significative, la situation des hôpitaux reste effectivement précaire, comme illustré par l'étude Maha.

Il y a des facteurs dans cette étude qui sont plutôt transitoires, qui laissent, selon Maha, espérer que la situation financière des hôpitaux pourra de nouveau s'améliorer, mais en tout cas c'est une situation difficile. Je crois que simplement injecter encore plus d'argent de manière inconsidérée dans le secteur n'est pas la solution.

Je crois qu'il faut aussi se pencher sur une meilleure utilisation des ressources disponibles, et donc une meilleure organisation du secteur et un meilleur système de financement.

Ceci concerne à vrai dire votre deuxième question. Quelles sont les étapes déjà mises en œuvre dans

le cadre de la réforme du financement? Ces dernières années de nombreux travaux sont en cours pour engager une réforme du paysage hospitalier et du financement.

Il faudra également à l'avenir permettre une transition pour ne plus faire tout partout, mais faire mieux au bon endroit. Pour le financement, l'accent est actuellement mis sur l'élaboration de forfaits *all-in* par pathologie, en lien avec la réforme de la nomenclature, ce qui doit aboutir à un véritable financement par pathologie, transparent et couvrant les coûts justifiés corrects, plutôt qu'à la multitude de financements divers qui rendent le secteur si complexe et opaque.

En attendant, je rappelle la réforme de l'hôpital de jour, avec une nette orientation vers celui-ci à partir de 2023, comme le note également Maha. Cette réforme a pu éliminer certains freins et a permis aux hôpitaux d'offrir l'hôpital de jour aux patients, si c'est possible et si c'est souhaitable.

Quant à votre troisième question, je suis d'accord avec l'Association des directeurs d'hôpitaux qui dit qu'il faut des réformes en profondeur du secteur. J'espère pouvoir poursuivre cette voie – que j'ai empruntée sous la précédente législature – sous le gouvernement actuel avec toute la force nécessaire car je partage l'avis des directeurs d'hôpitaux selon lequel, sans réforme, le secteur continuera à se trouver dans des eaux très difficiles.

**25.03 Marie Meunier (PS):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'attire votre attention sur le fait que cette réforme a déjà été discutée, notamment dans le cadre des débats sur l'accord de gouvernement, via notamment l'information qui avait filtré dans le journal *De Standaard*.

J'attire également votre attention sur le fait qu'actuellement, au niveau de la Région wallonne, un gros travail est effectué sur la reconstruction d'hôpitaux dans le cadre du réseau hospitalier. Cela veut dire que des hôpitaux vont peut-être sortir de terre mais ils risquent de ne pas être utilisés suite à une nouvelle réforme dans quelques années. Je pense dès lors qu'il faut vraiment que vous puissiez discuter de cela avec vos homologues, les ministres du gouvernement wallon pour ce qui me concerne. On risque là, je pense, de voir des dépenses publiques mal utilisées, alors qu'il serait peut-être encore temps aujourd'hui de revoir les choses et de dépenser correctement cet argent public. Ce n'est quand même pas rien. On parle de plusieurs milliards d'euros au niveau de la Région wallonne. Que cet argent soit dépensé correctement!

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

*La réunion publique de commission est levée à 17 h 41.*

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.41 uur.*