

Commissie voor Gezondheid en  
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 23 SEPTEMBER 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de  
l'Égalité des chances

du

MARDI 23 SEPTEMBRE 2025

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 57 et présidée par Mme Carmen Ramlot.  
De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.57 uur en voorgezeten door mevrouw Carmen Ramlot.

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

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

**01** Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La clinique du sein à Libramont" (56006642C)

**01** Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De borstkliniek te Libramont" (56006642C)

**01.01** **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le Ministre, des études récentes comme celle du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ont démontré que le volume d'activité et la spécialisation des équipes des cliniques du sein sont des facteurs clés d'efficacité des soins et de survie des patientes. Cela est d'ailleurs vrai pour toutes les cliniques.

Mais, vous le savez, la donne va changer pour les cliniques satellites. L'arrêté royal du 28 mars 2024 prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2026 et transformera les cliniques satellites en cliniques affiliées, où sera interdite la pratique de la chirurgie mammaire, qui sera désormais réservée aux centres coordinateurs. Pour les cliniques satellites, dont celle de Libramont, le compte à rebours a commencé, car le 1<sup>er</sup> janvier 2026, c'est demain. Ses responsables et ceux de l'intercommunale Vivalia tirent donc le signal d'alarme. Or, Libramont satisfait actuellement parfaitement aux critères de qualité qui sous-tendent votre arrêté royal. Cette clinique a assuré, en 2024, la prise en charge de non moins de 84 patientes opérées sur site par deux chirurgiens spécialisés et expérimentés. La qualité des soins y est reconnue, les patientes sont satisfaites, et l'accès est local, rapide et humain. Pourquoi détruire cela?

Interdire la chirurgie mammaire à Libramont imposera aux patientes de parcourir plus de 50 km vers Arlon, Namur, Liège ou même le Grand-Duché, avec toutes les conséquences que cela implique: découragement des patientes, renoncement aux soins, inégalité d'accès, désertification médicale, détournement de la patientèle du Luxembourg vers des centres hors de notre province ou hors de notre pays avec un risque à terme, faute de pratique suffisante, de perte d'agrément pour la clinique du sein en province de Luxembourg, qui plus est dans le futur paysage hospitalier de Vivalia.

Cette réforme créera une rupture d'accès aux soins dans les régions rurales, spécialement en province de Luxembourg, où ce problème est récurrent. Cela va à l'encontre de l'esprit même du rapport du KCE, qui vise une amélioration de la qualité et pas une centralisation punitive et contre-productive.

Monsieur le Ministre, pouvez-vous envisager une dérogation temporaire pour Libramont en raison, entre autres, de la distance de plus de 50 km entre Arlon et Libramont, ou alors un agrément transitoire, le temps que le nouveau centre hospitalier Vivalia – Cœur du Luxembourg devienne opérationnel?

Enfin, comment comptez-vous garantir à chaque femme, où qu'elle vive, un accès aisé et rapproché à des soins de qualité, dont la proximité constitue un facteur essentiel de l'humanité à laquelle toutes nos patientes ont droit?

**01.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame la représentante, je vous remercie.

L'étude récente du Centre Fédéral d'Expertise, qui est à la base de cette réforme, démontre que, bien que la prise en charge en Belgique du cancer du sein soit de très bon niveau, il est encore possible de l'améliorer. Je suis convaincu que vous rejoignez cet objectif d'augmentation de la qualité des soins. Afin d'y parvenir, une des recommandations des auteurs, sur la base de l'analyse des données reprises dans cette étude, est de concentrer la chirurgie du cancer du sein dans les cliniques du sein coordinatrices parce que les femmes atteintes d'un cancer invasif traité dans un site hospitalier sans agrément courent un risque de mourir de 30 % supérieur à celui des patientes traitées dans un tel centre agréé. Cela ne remet pas en cause le rôle crucial que les cliniques du sein affiliées jouent dans l'intégration du parcours de soins, en offrant un suivi personnalisé et une attention continue à proximité des patientes après l'intervention chirurgicale qui, à elle seule, nécessite un déplacement vers une clinique coordinatrice et qui peut, par ailleurs, s'accompagner d'une mobilité des équipes chirurgicales.

Afin d'atteindre un bon équilibre entre la qualité et la proximité des soins, chaque réseau hospitalier loco-régional doit disposer d'au moins une clinique du sein coordinatrice répondant à tous les critères d'agrément, notamment au seuil de volume minimal de 125 nouveaux diagnostics par an. Concernant le réseau Vivalia, la clinique du sein coordinatrice se situe actuellement à l'hôpital d'Arlon.

Enfin, j'attire votre attention sur une étude récente menée par l'Association de patients flamande Kom op tegen Kanker, qui indique que les patients atteints de cancer sont très enclins à accepter la proposition des médecins de se faire soigner dans un hôpital spécialisé. Les patients pensent que cela leur permettra de bénéficier de meilleurs soins, même si ils sont conscients que cela leur demandera plus de temps et d'efforts. L'obtention des meilleurs soins possibles est prioritaire. Un temps de trajet plus long est donc considéré comme allant de soi. La législation révisée a pour objectif précis de fournir les meilleurs soins possibles à toute citoyenne belge atteinte d'un cancer du sein dans des centres dotés d'équipes multidisciplinaires bénéficiant d'une expérience suffisante en matière de cancer du sein.

**01.03 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Et oui, je suis pour l'augmentation de la qualité des soins, bien sûr, mais comme vous le dites, il faut un équilibre et plus encore en province de Luxembourg à cause des distances. Si vous vous en souvenez, fin mai dernier, à l'occasion d'une question orale concernant les perspectives de l'équipement *petscan* en province de Luxembourg, et en particulier, pour le nouvel hôpital Vivalia, j'ai reçu une réponse plutôt négative de votre part. À cette occasion, je vous ai demandé d'éviter de renvoyer le Luxembourg au Moyen-Âge médical.

En l'occurrence, j'ai le sentiment que vous le faites à nouveau: vous nous renvoyez au Moyen-Âge médical. Je pense vraiment qu'il faut étudier la possibilité de dérogation pour ces situations géographiques en province de Luxembourg. Il n'est pas ici question de patriotisme sous-régional, ni d'un souci d'équité socio-géographique. C'est beaucoup plus important que cela, monsieur le ministre! C'est en effet la survie de femmes atteintes de cancer qui est en cause ici, parce que nous savons tous ici que la distance est primordiale, que le nombre de soins prodigués est énorme, que le nombre de déplacements est déjà pénible. Quand il s'agit de plus de 50 kilomètres, ça devient vraiment quasi invivable. Cette survie dépend de la qualité des soins, comme vous le dites et là je vous rejoins, mais aussi de leur accessibilité et ce, dans des conditions acceptables.

Ma requête, je ne la formule donc pas au nom de Luxembourg, ni de Libramont en particulier, mais au nom de toutes les femmes concernées, dont la vie et la survie sont en jeu.

Je vous remercie, monsieur le ministre, de m'avoir écoutée.

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

**02 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De crisis in de zorgsector" (56006660C)**

**02 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La crise dans le secteur des soins de santé" (56006660C)**

**02.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Mijnheer de minister, de zorgsector is in crisis, dat weet u ook. Een studie van de FOD Volksgezondheid rond het verpleegkundig beroep toont alarmerende cijfers. Een op de twee verpleegkundigen zou niet opnieuw beginnen aan de studies en de job. Een op de zes overweegt om te stoppen. Intussen is de uitstroom groter dan de instroom, waardoor er steeds minder mensen overblijven om het werk te doen. Mijnheer de minister, het vat is af: 40 % van de verpleegkundigen zegt zelf dat ze in slechte gezondheid verkeren.

Enkele citaten uit het rapport van de FOD: "Ik houd van mijn job, maar ik raak op. Hoe ga ik dit volhouden tot mijn 67 jaar?" Een andere verpleegkundige zegt: "De job van verpleegkundige is de mooiste job, maar ook degene die mij beetje bij beetje doodmaakt. Ik ben constant uitgeput."

De sector trekt dus opnieuw aan de alarmbel. Het is niet de eerste keer, ze zijn al meerdere keren op straat gekomen met dezelfde oproep, namelijk om nú investeringen te doen die het beroep aantrekkelijker maken. Er liggen oplossingen op tafel: een hoger loon, meer handen aan het bed, minder administratie en een betere work-lifebalance.

De oplossingen zijn er dus, en de sector vraagt investeringen om die te kunnen realiseren. Maar er wordt niet geluisterd. Wat u nu voorziet in de opdrachtenbrief voor het volgende jaar, voor het RIZIV, is de boodschap dat men nu de broekriem moet aanhalen om pas tegen het einde van de legislatuur budgettaire ruimte te creëren om te investeren in het zorgpersoneel. De boodschap aan het zorgpersoneel is dus: "Hou nog even vol en wacht op beter in de toekomst." Maar ondertussen moeten zij wel langer werken voor minder pensioen, door de pensioenmalus. Ze moeten flexibeler werken terwijl ze qua flexibiliteit nu al op hun limiet zitten.

Veel mensen begrijpen niet waarom er moet worden gewacht op investeringen terwijl de alarmkreten uit de sector zo groot zijn. Waarom vindt deze regering wel miljarden voor wapens, maar niets voor het zorgpersoneel? Waarom krijgen jongeren een brief om naar het leger te gaan om hun dienstplicht te vervullen, maar worden ze niet aangespoord om voor knelpuntberoepen te kiezen en het mooie beroep van verpleegkundige te ontdekken?

Mijnheer de minister, wat zult u doen om tegemoet te komen aan de alarmkreten van de sector?

**02.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Mevrouw Eggermont, als we voortdurend roepen hoe verschrikkelijk het is om in de zorg te werken, dan zullen er inderdaad geen jongeren meer aangesproken worden. Men moet ook eens nadenken over de manier waarop men daarover communiceert. Ik hoor immers ook veel positieve en warme verhalen, ondanks de druk, ondanks het feit dat het geen gemakkelijk werk is, met een grote verantwoordelijkheid, en ondanks het personeelstekort. Voortdurend zeggen dat het allemaal verschrikkelijk is, is het beste recept om jongeren ervan te weerhouden voor dit beroep te kiezen.

We moeten positieve perspectieven bieden, en dat doen we ook. Ik ga niet herhalen – dat zou ons te ver leiden – welke maatregelen we de voorbije jaren hebben genomen als uitlopers van, soms verbonden met, soms bijkomend bij of los van, het sociaal akkoord van 2020, waarin we aanzienlijk hebben geïnvesteerd.

We hebben heel wat bijkomende maatregelen genomen, soms nog vrij recent, maatregelen die ook mikken op de kwaliteit van de omgang met het personeel, de kwaliteit van het personeelsbeleid en de ondersteuning van het personeel enzovoort. Tegelijk zijn we in gesprek met de vakbonden en de werkgevers over wat een nieuw sociaal akkoord moet inhouden. Dat heb ik voorbereid tegen het einde van de vorige legislatuur door samen met werkgevers en vakbonden van de federale sectoren een agenda op te stellen. Daarover is een interessant document gepubliceerd, namelijk *Toekomstagenda voor het werken in de zorg*. Dat was op het einde van de legislatuur en heeft de neuzen al een beetje in een bepaalde richting gezet.

Vandaag zijn we zeer concreet in gesprek met de sociale partners om het terrein te effenen voor een goed overleg over een nieuw sociaal akkoord. Ik denk echter niet dat dat dit najaar al afgerond zal worden. Dat betekent niet dat er ondertussen geen werk gebeurt: we moeten de bestaande maatregelen zo goed mogelijk uitrollen en nadenken over wat er in de toekomst voor ons ligt.

Meer kan ik daar nu niet over zeggen, omdat we samen met de sociale partners nog willen bepalen hoe een en ander gefaseerd moet worden. Zijn er zaken die we nu al kunnen realiseren omdat ze geen directe budgettaire impact hebben? Welke zaken pakken we beter aan in de tweede helft van de legislatuur of tegen het einde ervan, wanneer er budgettaire middelen beschikbaar komen? Daar wil ik niet op vooruitlopen.

Ik vind het echter uitermate belangrijk dat we een aanzienlijke enveloppe kunnen vrijwaren – opzij kunnen zetten – voor een degelijk sociaal akkoord dat de arbeidsomstandigheden en de werkvoorwaarden verbetert en dat we in de tweede helft van de legislatuur kunnen beginnen uit te rollen.

**02.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** Het is toch wel bijzonder om te stellen dat het zorgpersoneel, dat om aandacht roept en de problemen aankaart, er zelf voor zou zorgen dat jongeren worden ontmoedigd om voor dit beroep te kiezen. Van de een op de zes verpleegkundigen die overweegt te stoppen, gaat het meestal om mensen die nog niet zo lang aan de slag zijn. Dat zijn jongeren die zien dat ze elders voor hetzelfde nacht- en weekendwerk een betere verloning en degelijke extra's krijgen.

Het probleem zit dus in de arbeidsomstandigheden, die maken dat mensen het niet meer volhouden, dat de sector leegloopt en dat er steeds meer moet worden gedaan met steeds minder handen. Wanneer we dat aankaarten, antwoordt u dat te veel negativiteit jongeren zou afschrikken. Het probleem ligt echter bij de arbeids- en loonvoorwaarden in de zorgsector.

De vraag is dus wat u nu zult doen om tegemoet te komen aan een sector die smeekt om verandering. Alle alarmbellen luiden. Tienduizenden mensen zijn al verschillende keren op straat gekomen. Uw antwoord blijft echter dat het pas voor de tweede helft van de legislatuur zal zijn. "Wacht nog even", zegt u, maar de mensen kunnen niet wachten.

*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 uitgaven voor preventieve gezondheidszorg" (56006769C)**

**03 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les dépenses dans le cadre des soins de santé préventifs" (56006769C)**

**03.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB):** U weet dat België geen koploper is qua investeringen in preventieve zorg. Uit een studie van Eurostat op basis van cijfers van 2022 blijkt dat België slechts 3 % investeert in preventieve zorg en dat we daarmee achterophinken ten opzichte van andere landen. Hebt u ook cijfers hebt van 2023 en 2024? Hoe interpreteert u die?

Deze voormiddag werd ook gesproken over efficiënte investeringen en het belang van preventieve zorg. In dat kader is het belangrijk te benadrukken dat het gaat om allerlei preventieve maatregelen, maar dat de belangrijkste gezonde voeding, een gezonde levensstijl en een dak boven het hoofd zijn. In de zomer bleek ook dat er 250 nieuwe fastfoodrestaurants in België zouden worden geopend, waarvan vele in de buurt van scholen. Wat is uw visie daarop?

Ik kom tot het belang van een gezond leven en gezond werk. Als u preventie belangrijk vindt, rijst de vraag hoe dat zich verhoudt tot de arbeidsmarkt- en pensioenhervormingen, waardoor mensen langer moeten werken en die leiden tot meer flexibiliteit en werkonzekerheid. Studies tonen aan dat precair werk ook ziekmakend is. Uw brede visie op preventieve gezondheidszorg, waarin gezonde voeding, schone lucht en gezonde arbeidsomstandigheden centraal staan, lijkt haaks te staan op de huidige hervormingen. Ik ben benieuwd naar uw mening daarover.

**03.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Preventie is inderdaad buitengewoon belangrijk. Ik denk dat we veel sterker moeten inzetten op preventie, ook op een kordatere manier. Ik ben het daar helemaal mee eens. Preventie is eigenlijk de beste investering in de gezondheidszorg. Men moet er bovendien zeer vroeg mee beginnen, van kleins af aan, van zodra een kind in de wieg ligt, eigenlijk al vóór de geboorte.

In ons land is preventie een verantwoordelijkheid van de deelstaten. Daar moeten we rekening mee houden, want u hebt een aantal voorbeelden gegeven van thema's die duidelijk tot de bevoegdheid van de deelstaten behoren. De huidige opsplitsing van preventie bij de deelstaten en het remediëren en het curatieve bij de federale ziekteverzekering, is eigenlijk zeer kunstmatig. In veel activiteiten van huisartsen, maar ook van thuisverpleegkundigen en artsen-specialisten, zit immers een belangrijke dosis preventie. Dat kan gaan om het vermijden dat een klein probleem een groter probleem wordt. Denk ook aan diabetes, waar in de activiteiten van huisartsen, diabetesverpleegkundigen en endocrinologen een belangrijk stuk secundaire preventie vervat zit. Ik vind dus dat we veel sterker samen met de deelstaten moeten inzetten op preventie. Voor een deel is dat een zaak van een goede taakverdeling.

Als het bijvoorbeeld gaat over voeding, zijn er zaken die duidelijk onder de federale bevoegdheden vallen, maar ook zaken die duidelijk tot de bevoegdheden van de deelstaten behoren.

Wanneer het gaat om preventief optreden in de zorgsector zelf, denk ik dat we echt een sterke interfederale samenwerking moeten organiseren. Een voorbeeld daarvan is het perinatale zorgprogramma voor kwetsbare moeders. Dat programma is preventief en begint eigenlijk al vóór de geboorte. Het richt zich voorlopig op een beperkte doelgroep, namelijk moeders die beantwoorden aan een bepaald kwetsbaarheidsprofiel. Ik denk dat dat wel de weg is die we moeten inslaan.

Samen met de deelstaten zullen we ook een traject uitwerken rond obesitas bij kinderen en jongeren. Daarbij is opnieuw een preventief luik aanwezig, met name de preventie van ernstige obesitas. Dat moeten we echt samen aanpakken. Ik denk dat we inderdaad verder in die richting moeten gaan.

Daarnaast beschikken we ook over louter federale bevoegdheden, zoals inzake tabaksreclame, tabaksverkoop en producten zoals vapes. U weet ongetwijfeld dat ik op dat vlak pleit voor een zeer kordate aanpak binnen de federale verantwoordelijkheden die we ter zake hebben.

U vraagt mij naar de cijfers. Ik moet eerlijk zeggen dat ik altijd een beetje aarzel bij het gebruik daarvan, in het bijzonder voor 2022. Dat jaar was immers uitzonderlijk door de blijvende impact van covid. Ik denk dat 2022 misschien niet het meest representatieve jaar is, omdat we toen zeer veel curatief en minder preventief hebben gewerkt. Meer in het algemeen is de manier waarop men de statistieken opstelt enigszins betwistbaar. Men baseert zich bij het opmaken van deze cijfers immers op de omschrijving in de nomenclatuur. Preventieve tandzorg wordt bijvoorbeeld volledig als preventie beschouwd. Het globaal medisch dossier, dat huisartsen goed kunnen gebruiken om patiënten ook proactief op te volgen, is eveneens een instrument van preventie. Toch wordt het globaal medisch dossier niet meegeteld bij preventie.

Wat wij nu aan het opzetten zijn inzake eerstelijnspsychologische zorg is voor een groot deel eveneens gericht op het voorkomen van escalatie van problemen. Dat ziet men echter niet terug in de nomenclatuur, waardoor het niet correct in de cijfers wordt weerspiegeld. Ik heb dus mijn twijfels bij het nut van die cijfers. We weten dat we veel meer moeten inzetten op preventie. Dat is de kern van mijn antwoord.

**03.03** **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik ben blij dat we het eens zijn over het belang daarvan. Er is echter een aspect waarop u niet bent ingegaan. Hopelijk kunnen we dat in de toekomst nog verder behandelen. Ook het belang van de arbeidsmarkt, de jobs en de flexibilisering in de precariteit moet worden benadrukt. Wanneer men wil voorkomen dat mensen ziek worden, is het belangrijk dat zij een degelijke job en een degelijk loon met stabiele uurroosters hebben, dat zij de tijd krijgen om te plannen, naar de winkel te gaan, te koken en zich te ontspannen. Wat er momenteel op de arbeidsmarkt gebeurt, maakt mensen nog verder ziek. Als ze ziek worden, worden ze bovendien verder opgejaagd. We kunnen een heel andere visie toepassen op de arbeidsmarkt, om ervoor te zorgen dat mensen echt gezond kunnen worden. Dat aspect van preventie is een zeer belangrijk element, waarin nog veel ruimte voor verbetering bestaat.

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

**04** **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opvang van geïnterneerde minderjarigen in For-K-bedden" (56007140C)

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De opvang van geïnterneerde minderjarigen in For-K-bedden" (56007953C)

**04** **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accueil de mineurs internés dans des unités de lits For-K" (56007140C)

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accueil de mineurs d'âge internés dans des lits For-K" (56007953C)

**04.01** **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, de Commissie van Toezicht voor Jeugdinstituten verwees in haar jaarverslag een tijdje geleden naar de situatie van een minderjarige die een als misdrijf omschreven feit pleegt na een uithuisplaatsing en niet veroordeeld, maar wel geïnterneerd wordt. U weet uiteraard dat zo'n minderjarige normaal gezien wordt geplaatst in een gemeenschapsinstelling voor minderjarigen, zodat hij of zij niet in aanraking komt met volwassen verdachten of veroordeelden. Dat geldt ook vandaag nog, totdat de minderjarige 18 wordt of verplaatst wordt naar een instelling aangeduid door de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij.

Naar aanleiding van dat jaarverslag wil ik de vraag stellen wat het zwaarst doorweegt, mijnheer de minister: de gescheiden plaatsing van minderjarigen in een gemeenschapsinstelling of een plaatsing in een instelling waar de meest gepaste zorg kan worden verleend? In dat kader rijst de vraag of de financiering die u voorziet vanuit Volksgezondheid voor de zogenaamde For-K-bedden ook voor deze uitzonderlijke casussen kan worden aangewend. Vandaar mijn vragen.

Is het volgens u mogelijk dat de financiering vanuit de FOD Volksgezondheid voor deze For-K-bedden zou kunnen worden gebruikt voor de opvang van geïnterneerde minderjarigen, zodat die jongeren gepaste zorg kunnen krijgen? Graag willen wij weten of dit momenteel wordt onderzocht en, zo niet, of u deze piste zou willen overwegen.

**04.02** **Minister Frank Vandenbroucke:** De situatie die u schetst, is gelukkig vrij uitzonderlijk. U raakt aan twee fundamentele principes. Enerzijds is er een scheiding tussen minderjarigen en volwassenen in de instellingen. Anderzijds bestaat de noodzaak om jongeren met een ernstig psychiatrisch probleem aangepaste opvang en zorg te bieden.

Juridisch bekeken voorziet de jeugdwetgeving dat minderjarigen in specifieke instellingen geplaatst worden. De For-K-eenheden zijn ziekenhuisbedden en worden gefinancierd als pilootprojecten op basis van een driejaarlijks contract dat loopt van 2025 tot en met 2027. Ze bieden behandeling aan jongeren vanaf 12 jaar die een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd. Die behandeling is beperkt in de tijd en leidt dus niet automatisch tot een traject dat begint bij de opname en duurt tot de leeftijd van 18 jaar. De behandeling kadert het best binnen een breder traject, waarin ook nazorg en opvang worden voorzien.

U stelt voor om voor deze casus een opname in een For-K-bed te voorzien tot de leeftijd van 18 jaar, waarna de minderjarige door de Kamer voor de Bescherming van de Maatschappij kan worden verplaatst. Eerlijk gezegd denk ik niet dat dat de meest aangewezen piste is.

Het probleem dat u aanraakt, is echter reëel. Samenwerking tussen jeugdbescherming en psychiatrie, zodat hiaten in de psychiatrische zorg voor deze zeer kwetsbare jongeren kunnen worden vermeden, lijkt mij bijzonder belangrijk. Dat betekent dat we geconfronteerd worden met een probleem dat ook goede interfederale samenwerking en coördinatie vereist. Ik wil dat ook op die manier bekijken. Ziedaar mijn antwoord.

**04.03** **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, u zegt dat het om uitzonderlijke situaties gaat.

We weten dat er momenteel in dat proefproject of pilootproject ongeveer 124 bedden zijn voorzien. We weten ook dat de vraag het aanbod ruim overschrijdt. U hebt heel veel aandacht voor psychologische zorg voor jongeren. Dit gaat echter over de meest kwetsbare jongeren. Het is belangrijk dat we ook voor hen een aanbod blijven voorzien.

Ik las dat er slechts 33 crisisbedden zouden zijn voor heel België. We vrezen dan ook – en dat horen we ook van jeugdrechters en politiediensten – dat er een groep jongeren telkens door de mazen van het net glipt. Het moet onze zorg als maatschappij zijn om ook voor hen aangepaste zorg te voorzien.

Ik weet dat het niet gebruikelijk is om nog bijkomende vragen te stellen. Mocht ik er toch nog een mogen stellen, dan zou het zijn of u van plan bent dit pilootproject om te zetten in een meer structureel wettelijk kader.

**04.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik durf daar nu geen antwoord op te geven. Ik weet het niet goed en moet daar nog over nadenken.

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

**05** **Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De kaderwet en de richttarieven" (56007174C)**

**05** **Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La loi-cadre et les tarifs indicatifs" (56007174C)**

**05.01** **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, het regeerakkoord voorziet in de mogelijkheid om aan geconventioneerde zorgverleners in bepaalde situaties en onder strenge voorwaarden een soepeler tariefsysteem aan te bieden in de vorm van selectieve maximumtarieven die tijdelijk in het kader van akkoorden en conventies van toepassing zijn. Die maximumtarieven moeten ook in de berekening van de maximumfactuur geïntegreerd worden. Ook in de voorliggende kaderwet spreekt u opnieuw over richttarieven, die een tijdelijk karakter hebben en die in akkoorden kunnen worden vastgelegd. We kijken uiteraard uit naar de concretisering van die kaderwet en hebben in dat verband ook een zekere bekommernis.

Hoe zult u bepalen in welke akkoorden hoeveel richttarieven kunnen worden opgenomen? Zult u daaromtrent richtlijnen opstellen of zijn de akkoordencommissies vrij om richttarieven te bepalen? Kunnen meerdere akkoorden voorzien in richttarieven?

Wat begrijpt u onder het tijdelijk karakter? Wat gebeurt er als de geldigheidsduur van de maatregel afgelopen is? Die richttarieven zijn nodig, omdat bepaalde disciplines vandaag onvoldoende worden vergoed. Uiteraard kijken zij reikhalzend uit naar een definitieve oplossing. Vandaar ook de vraag hoe u denkt de richttarieven nadien in de nomenclatuur op te nemen en hoeveel middelen u nu en in de komende jaren uittrekt om ze in de nomenclatuur op te nemen.

Het bedrag waarmee het richttarief de terugbetaalde basis overschrijdt, wordt niet in aanmerking genomen voor terugbetaling door het RIZIV. Met andere woorden, dat is een extra uitgave voor de patiënt, al wordt die uitgave wel opgenomen in de maximumfactuur. Hoeveel trekt u uit voor de verhoging van de maximumfactuur wegens de opname van de richttarieven?

Zullen enkel geconventioneerde artsen de richttarieven kunnen hanteren, of wilt u die ook mogelijk maken voor niet-geconventioneerde artsen, die vaak met dezelfde problematiek worden geconfronteerd?

**05.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, het voorontwerp van kaderwet bepaalt dat de akkoorden richttarieven kunnen vaststellen voor de verstrekkingen van de nomenclatuur die ze bepalen. Er is dus onderhandelingsvrijheid, maar het voorontwerp zegt ook dat de richttarieven een tijdelijk karakter hebben. De opname van de richttarieven in de akkoorden moet worden geëvalueerd. De richttarieven mogen in geen geval worden veralgemeend tot alle verstrekkingen. Ze mogen enkel worden toegepast in bijzondere situaties, onder meer voor innovatieve vormen van zorg of voor bepaalde verstrekkingen waarbij het bedrag van de vergoeding achterhaald is.

Dus, mevrouw De Knop, u stelde een goede vraag. Het is in eerste instantie aan elke akkoordencommissie om bij het onderhandelen en sluiten van een akkoord te onderzoeken of er in de betrokken sector bijzondere situaties zijn die richttarieven kunnen rechtvaardigen. Ik vertrouw erop dat de vertegenwoordigers van zorgverleners en ziekenfondsen oog hebben voor de belangen van de patiënten en dat richttarieven een nuttige uitzondering blijven, beperkt tot bijzondere situaties. Ik vind het wel een heel belangrijke opportuniteit.

De vereiste van goedkeuring van de akkoorden door het Verzekeringscomité, de Algemene Raad en de ministerraad waarborgt dat we die richttarieven niet zomaar voor elke behandeling laten vaststellen en dat ze ook moeten passen binnen het budgettaire kader.

Bovendien is in de regering afgesproken om het Verzekeringscomité te vragen om tegen 31 oktober 2026 een reflectiedocument op te stellen over de rol die het nieuwe instrument van richttarieven kan spelen.

We creëren dus een graad van vrijheid in het nieuwe conventiesysteem. We maken het mogelijk dat het soepeler inspeelt op nieuwe noden. Er ontstaat een grotere individuele appreciatiemarge bij geconventioneerde zorgverleners, afhankelijk van de concrete situatie van de patiënt. Het is inderdaad nuttig dat het Verzekeringscomité over alle sectoren daarover een zekere doctrine ontwikkelt.

Wat verstaan we onder het tijdelijk karakter? De idee is dat men richttarieven gebruikt tot op het moment waarop men met de klassieke verbintenistarieven in staat is om een voldoende terugbetaling te verzekeren.

Hoelang richttarieven zullen meegaan, hangt ook af van de budgettaire mogelijkheden die er zijn sector per sector om nieuwe behoeften op te vangen of rekening te houden met uitzonderlijke situaties.

De afdeling van de kaderwet betreffende de wijziging van het systeem van de akkoorden en de richttarieven treedt in werking op 1 juli 2027 en is van toepassing op akkoorden die van kracht zullen zijn vanaf 1 januari 2028. Ik kan nu nog niet zeggen in welke akkoorden richttarieven zullen worden opgenomen, voor welke verstrekkingen en voor welk bedrag. Ik kan mij dus niet uitspreken over de financiële middelen die zullen worden gemobiliseerd voor richttarieven. Het is in ieder geval belangrijk dat elke sector over de nodige middelen beschikt om te garanderen dat patiënten kwaliteitsvolle zorg krijgen en dat de zorgverleners correct worden vergoed.

De opname van richttarieven in de maximumfactuur is belangrijk, omdat men op die manier patiënten beschermt die die bescherming nodig hebben. Dat heeft uiteraard een budgettair effect, maar hoe groot dat effect zal zijn en wat de meerkosten zijn, hangt af van wat er in de sectoren wordt onderhandeld.

Ten slotte, het voorontwerp van wet stelt dat de richttarieven gelden voor de geconventioneerden. Ik denk dat u daar kritisch tegenover staat, maar ik wil dat echt verdedigen. Het gaat dus om flexibiliteit in de conventie voor de geconventioneerden. Daarbij geeft men iets aan de geconventioneerden wat men niet geeft aan de niet-geconventioneerden, die met supplementen kunnen werken maar niet met die richttarieven.

**05.03 Irina De Knop** (Open Vld): Ik dank u voor het uitgebreide antwoord, al roept het uiteraard nog bijkomende vragen op. We zullen het dossier verder opvolgen.

De slotsom is dat het verschil tussen richttarieven en supplementen eigenlijk beperkt blijft tot het feit dat het ene wordt opgenomen in de maximumfactuur en het andere niet. In wezen gaat het om hetzelfde, maar met een andere benaming. Uit uw antwoord begrijp ik dat er nog zeer veel onduidelijk blijft, afhankelijk van de onderhandelingen en van de beschikbare budgetten. Een en ander blijft op dit ogenblik dus toch een beetje een black box.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**06** Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het innovatiebudget voor ziekenhuizen" (56007175C)

**06** Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'attribution aux hôpitaux d'un budget destiné à l'innovation" (56007175C)

**06.01** Irina De Knop (Open Vld): Mevrouw de voorzitter, de commissiesecretaris zet al onze vragen altijd samen en hij doet dat erg goed, maar zo lijkt het alsof alleen wij vragen stellen, wat voor alle duidelijkheid zeker niet zo is.

Mijnheer de minister, het regeerakkoord voorziet dat voor ziekenhuizen een innovatiebudget wordt voorzien waaruit middelen kunnen worden toegekend voor innovatieve investeringen. Bij de discussie over de hoogte van de honorariumsupplementen bestaat zowel bij artsen-specialisten als bij ziekenhuizen de grote vrees dat bij een beperking van die honorariumsupplementen ook investeringen in innovatie zouden verdwijnen of sterk zouden dalen. U zei daarop dat u dat zou opvangen met het innovatiebudget. We hebben daar dan ook bijkomende vragen over.

Hoe groot ziet u dat innovatiebudget voor ziekenhuizen?

Zullen ziekenhuizen een aandeel van het innovatiebudget krijgen op basis van hun grootte en dan zelf kunnen beslissen in welke innovatie ze investeren, of zult u ook willen bepalen in welke innovatie en onder welke voorwaarden ziekenhuizen moeten investeren? Dat zou een inperking zijn van de vrijheid die ze vandaag hebben.

Zal het innovatiebudget afkomstig zijn uit de financiële middelen van vandaag, of zult u extra middelen voorzien voor de financiering van het innovatiebudget, om te vermijden dat het een vestzakbroekzakoperatie zou worden?

**06.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, ik kan nog geen precieze cijfers geven, omdat het idee van het innovatiebudget een onderdeel is van de geplande hervorming van de ziekenhuisfinanciering, die op haar beurt nauw verbonden is met de hervorming van de nomenclatuur.

Het uitgangspunt is dat wanneer de nomenclatuur van de medische prestaties hervormd zal zijn en een nieuw financieringsmodel van de ziekenhuizen zal starten, het hervormde en waar nodig uitgebreide budget van financiële middelen van de ziekenhuizen moet volstaan om de noden van de ziekenhuizen te financieren, zonder dat ze al van bij de start van het nieuwe model een beroep moeten doen op afdrachten van ereloon of ereloonsupplementen.

Op basis van een objectieve analyse van de kosten zullen we immers bepalen welk deel van de huidige honoraria nodig is om de onkosten van de ziekenhuizen via een rechtstreekse financiering te dekken.

Vervolgens is de vraag hoe daarin ruimte kan worden gecreëerd voor voortdurende innovatie. Net als het vastleggen van een nieuw bestuursmodel voor de ziekenhuizen, is dat een zeer belangrijke kwestie die nog verder besproken moet worden. Het is bovendien ook het best om deze vraag te bekijken op basis van zoveel mogelijk data. Vaak wordt gesteld dat supplementen op erelonen in de ziekenhuizen onder meer nodig zijn om investeringen in innovatie te financieren. Dat moet beter in kaart worden gebracht. Ik heb de ziekenhuiskoepels gevraagd om mij daarover meer gegevens te bezorgen en die worden momenteel verzameld. Dat kan ook wat helpen om te bepalen in welke mate een soort innovatiebudget nodig is, al gaat niet al dat geld naar innovatie.

Samengevat, bij de nieuwe nomenclatuur wordt een onderscheid gemaakt tussen een zuiver honorarium en een onkostenvergoeding. Als supplementen meer aan banden worden gelegd, rijst de vraag hoe innovatie op een flexibele manier mogelijk blijft. Daarvoor is een nieuw instrument nodig. Dat is het idee van het innovatiefonds. Hoeveel daarin zal worden geïnvesteerd, durf ik vandaag echter nog niet te zeggen.

**06.03** Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, we zijn in de commissie, maar dit is wellicht niet het moment om grote politieke discussies te voeren. Het is echter essentieel in het debat over ereloonsupplementen, die grotendeels in de kaderwet zijn vastgelegd. Ik begrijp dat het een moeilijke kwestie is, maar het is een knoop die u moet ontwarren om de sector gerust te stellen. In die zin vind

ik het jammer dat u momenteel geen concretere informatie kunt geven.

Het lijkt erop dat uw opdracht, met name het hervormen van het ziekenhuislandschap, steeds moeilijker wordt. Ik kom hier straks nog op terug in een volgende vraag over de ereloonsupplementen.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**07** Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het gebruik van psychofarmaca in woonzorgcentra" (56007177C)

**07** Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation de psychotropes dans les maisons de repos et de soins" (56007177C)

**07.01** Irina De Knop (Open Vld): Ik verwijs naar de ingediende vraag.

*Uit een onderzoek van de onafhankelijke mutualiteiten blijkt bijna 1 op de 3 bewoners die een volledig jaar in het wzc verblijven (32.8%), minstens éénmaal antipsychotica kreeg in 2024. Een op de vijf bewoners krijgt chronisch antipsychotica wat vele malen hoger is dan bij ouderen die thuis wonen. Meer dan de helft van de bewoners (53.5%) krijgt minstens éénmaal antidepressiva in 2024. Bijna de helft van de bewoners (49.5%) krijgt chronisch antidepressiva in 2024. Er wordt vastgesteld dat de daling van het gebruik van antipsychotica maar zeer licht was tussen 2017 en 2024 en dat er voor het gebruik van antidepressiva het gebruiksniveau even hoog blijft als in 2017. Er is een duidelijk link met de intrede in het woonzorgcentrum en het eerste of toegenomen gebruik van antipsychotica en antidepressiva?*

*Er is een verschil in gebruik tussen woonzorgcentra voor wat betreft het gebruik van antipsychotica en minder groot voor wat betreft het gebruik van antidepressiva. In woonzorgcentra waar een huisarts met specialisatie in gerontologie en in woonzorgcentra met grotere tevredenheid over recreatieve activiteiten ligt het gebruik van deze geneesmiddelen lager.*

*Graag vernam ik van de minister:*

*Welke conclusies trekt de minister uit de vaststellingen van de Onafhankelijke Mutualiteiten en welke acties wil hij hieraan verbinden?*

*In de vorige legislatuur hebben we eerstelijnspsychologen ingezet in vindplaatsen van jongeren zoals scholen, OverKopHuizen. Vindt de minister dat we dit nu ook moeten doen op plaatsen waar veel ouderen verblijven, zoals woonzorgcentra?*

*Zal de minister overleggen met de bevoegde ministers van de gemeenschappen om het veelgebruik van antipsychotica en antidepressiva in woonzorgcentra aan te pakken en dit in samenwerking met de huisartsen, de apothekers en de hoofdverpleegkundige in de woonzorgcentra?*

**07.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: U verwees in uw vraag naar cijfers van de Onafhankelijke Ziekenfondsen over psychofarmaca. Ze zijn inderdaad verontrustend. Wij hebben nood aan een veel betere opvolging en een veel frequentere herevaluatie van behandelingen in woon-zorgcentra.

Het RIZIV organiseerde in 2022 een consensusconferentie die de beperkte doeltreffendheid en de risico's van die medicatie benadrukte bij gedrags- en psychologische symptomen van dementie. Vanuit het BelPEP-platform worden sensibiliseringsacties, opleidingen en informatiecampagnes ingericht om een rationeel gebruik te bevorderen.

Wij moeten langs verschillende kanten optreden. Allereerst is er onze eerstelijnspsychologische zorg, die ook hulp kan bieden aan ouderen, ook in woon-zorgcentra. Bovendien kunnen wij met de eerstelijnspsychologische zorg aanwezig zijn in lokale dienstencentra en andere publieke ontmoetingsplaatsen. In woon-zorgcentra vallen individuele en groepssessies psychologische zorg onder de bevoegdheid van de deelstaten.

Inzake het overleg merk ik op dat het rationeel gebruik van psychofarmaca in woon-zorgcentra tot de

bevoegdheid van de deelstaten behoort. In het kader van BelPEP is daarover eerder een actieplan uitgewerkt en overgedragen aan de gemeenschappen en gewesten. Overleg en verdere opvolging gebeuren binnen het coördinatieteam van BelPEP.

**07.03 Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, tijdens de vorige legislatuur is onder andere in Vlaanderen sterk ingezet op mentaal welzijn bij jongeren. Gezien de veroudering van de bevolking lijkt het mij niet onwenselijk om na te gaan of wij dergelijke initiatieven ook zouden moeten nemen voor oudere mensen.

In ieder geval hadden wij het vanochtend nog over overconsumptie. Hier ligt een duidelijke overconsumptie op tafel die bovendien nadelig kan zijn voor de betrokkenen. Het lijkt mij een goede werf om daaraan voldoende aandacht te besteden.

Ik heb mij nog niet nader geïnformeerd over de kosten die daarbij komen kijken, maar ze lijken mij niet onaanzienlijk te zijn.

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

**08 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De invoering van het Prescription Search Support voor Radiologie" (56007178C)**

**08 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'instauration du Prescription Search Support for Radiology" (56007178C)**

**08.01 Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, er worden nog altijd veel onnodige CT- en MRI-scans uitgevoerd. We noteren bovendien een groot verschil tussen de gewesten en tussen de ziekenhuizen. Volgens een audit kunnen patiëntkenmerken zoals leeftijd, sociale status, verzekeringsinstelling of geslacht die verschillen niet verklaren. Het aantal beschikbare CT- en MRI-scanners per inwoner per regio kan die verschillen daarentegen wel verklaren. Uit dezelfde audit blijkt dat huisartsen in het Waalse Gewest meer CT-scans voorschrijven dan in het Vlaamse Gewest.

Om de schadelijke bijwerkingen van medische beeldvorming te beperken, beveelt de Eenheid Audit Ziekenhuizen aan om CT- en MRI-scans enkel voor te schrijven wanneer zij werkelijk een medische meerwaarde hebben. Om die aanbevelingen te vertalen naar concrete maatregelen, werd het project Prescription Search Support voor radiologie opgestart. Hoever staat het met dat project? Wanneer kan dat verder worden uitgerold?

Het project beoogt ook om de bestralingsbelasting te doen dalen. Worden er concrete, meetbare doelen vastgelegd bij de invoering van dat systeem? En wat zijn die doelen precies?

**08.02 Minister Frank Vandenbroucke:** In april 2025 werd de eerste release van Prescription Search Support voor radiologie, in combinatie met een digitaal verwijsvoorschrift voor radiologie, ter beschikking gesteld van de zorgorganisaties en de softwareleveranciers, zodat zij konden starten met de integratie ervan. In november van dit jaar, dus over twee maanden, zal een software-upgrade worden gepubliceerd. Parallel daaraan bereiden we nu de pilootprojecten voor.

In 2026 starten pilootprojecten in Belgische ziekenhuizen. Daarbij zal worden gemeten in welke mate de voorschriften voor radiologische onderzoeken in overeenstemming zijn met de evidencebased aanbevelingen en wat de impact is van beslissingsondersteuning op de rechtvaardiging van die voorschriften voor zulke onderzoeken.

Ten slotte, het project Prescription Search Support voor radiologie heeft tot doel de kwaliteit van de zorg te verbeteren door het vermijden van niet-geïndiceerde onderzoeken en het voorkomen van onnodige stralingsbelasting.

Meetbare doelen kunnen onder meer worden afgeleid uit internationale cijfers. Zo onderzocht een recente studie, EU-JUST-CT, gecoördineerd door de EU, in welke mate voorschriften voor CT-onderzoeken overeenstemmen met evidencebased aanbevelingen. Daarbij werd niet berekend wat de

impact zou zijn op de dosisreductie, maar wel op het percentage onderzoeken. Er werden data verzameld voor het jaar 2022 in 11 deelnemende Belgische ziekenhuizen. De studie wees uit dat in België voor alle verzamelde CT-voorschriften samen 67,5 % gerechtvaardigd bleek volgens de aanbevelingen, voor alle onderzochte indicaties samen. Wanneer evenwel gekeken werd naar specifieke indicaties, dan viel op dat maar 34 % van de uitgevoerde CT-scans van de lage rug gerechtvaardigd bleek volgens de aanbevelingen, dus amper een op de drie. Dat stemt helaas overeen met eerder Belgisch onderzoek.

Studies zoals de aangehaalde Europese studie zijn interessant maar niet in real time. Met PSSR zullen beleidsondersteunende data worden verzameld om na te gaan waar gerichte maatregelen wenselijk zijn.

**08.03 Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoorden.

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

**09 Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vraag om onderzoek naar het raadplegen van digitale gezondheidsportalen" (56007179C)**

**09 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La demande d'analyse de la consultation des portails numériques de santé" (56007179C)**

**09.01 Irina De Knop** (Open Vld): Ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

*Het Observatorium Chronische Ziekten pleitte in haar advies van 1 juli 2025 ervoor dat, naast barometers gebaseerd op enquêtes en steekproeven, ook publiek toegankelijk onderzoek wordt uitgevoerd naar het raadplegen van digitale gezondheidsportalen. Dit onderzoek zou moeten steunen op reële data (vanzelfsprekend geanonimiseerd) zoals inlogfrequentie en het raadplegen van persoonlijke gezondheidsinformatie, gecombineerd met gegevens over leeftijd, sociaaleconomische status en gezondheidsstatus. Dergelijk onderzoek is volgens het Observatorium cruciaal om digitale ongelijkheden<sup>4</sup> te identificeren en te begrijpen welke groepen mogelijk worden uitgesloten, zodat gerichte interventies kunnen worden ontwikkeld om deze ongelijkheden te verminderen.*

*Graag vernam ik van de minister:*

*Zal de minister gevolg geven aan de vraag van het Observatorium Chronische Ziekten?*

*Zo ja, wanneer wil hij dat onderzoek laten plaatsvinden?*

*Zo niet, waarom niet?*

**09.02 Minister Frank Vandenbroucke:** Digitale inclusie is inderdaad zeer belangrijk, vooral wanneer het toegang betreft tot gezondheidsinformatie en -diensten. Daarom schenkt het protocolakkoord tussen de federale overheid en de gefedereerde entiteiten van 28 juni 2023 inzake het optimaal elektronisch uitwisselen en delen van informatie en gegevens tussen actoren bevoegd in de gezondheids- en welzijnssector inzake bijstand van personen, daar bijzondere aandacht aan. Bij elk initiatief op het vlak van e-gezondheid wordt het aspect digitale inclusie in acht genomen. Daarbij wordt rekening gehouden met inzichten en aanbevelingen uit relevante onderzoeken, zoals de Barometer Digitale Inclusie van de Koning Boudewijnstichting.

Het portaal mijngezondheid.be is inmiddels uitgegroeid tot een digitale plaats waar burgers op een geïntegreerde en gebruiksvriendelijke manier toegang hebben tot hun gezondheidsgegevens, zodat er niet moet worden gezocht in meerdere gezondheidsportalen. Statistieken over het gebruik van mijngezondheid.be tonen een stijgende lijn, met inmiddels ongeveer 11,5 miljoen bezoeken per jaar. Deze gegevens vormen een nuttige informatiebron om te verzekeren dat alle burgers vlot toegang hebben tot hun gezondheids- en welzijnsgegevens.

**09.03 Irina De Knop** (Open Vld): Mijn tweede vraag was of u zelf nog bijkomend onderzoek zult

organiseren naar aanleiding van dit advies. Zult u dat doen? Als dat niet het geval is, waarom niet?

**09.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan mij vergissen, maar ik heb dat niet zo voor ogen op dit moment.

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

*Voorzitster: Ludivine Dedonder.  
Présidente: Ludivine Dedonder.*

**10** Vraag van Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De uitsplitsing van het huidige honorarium in een zuiver professioneel honorarium en werkingskosten" (56007180C)

**10** Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La ventilation des honoraires en honoraires purement professionnels et frais de fonctionnement" (56007180C)

**10.01** Irina De Knop (Open Vld): Deze vraag borduurt enigszins verder op het gesprek dat we daarnet hadden.

In het regeerakkoord hebt u de hervorming van de nomenclatuur aangekondigd, waarbij het huidige honorarium zou worden opgesplitst in het zuivere honorarium van de arts voor zijn intellectuele prestaties enerzijds en dat voor de netto werkingskosten gebaseerd op objectieve criteria anderzijds.

Zoals u weet, mijnheer de minister, zorgt dit voor veel onzekerheid bij de artsen-specialisten. Zij vragen zich immers af op basis van welke elementen de werkingskosten zullen worden bepaald, aangezien die bij iedereen verschillen in functie van de door hen gedane investeringen. Uiteraard wensen zij ook te weten op welke manier u zult komen tot een correct bedrag om de intellectuele prestatie te valoriseren.

Mijnheer de minister, op basis van welke elementen worden voor ambulante artsen-specialisten de werkingskosten bepaald? Onder welke vorm zullen aan ambulante artsen-specialisten werkingskosten worden toegekend? Aan welke voorwaarden denkt u voor de toekenning van die werkingskosten?

Vandaag worden honorariumsupplementen berekend op het totale honorarium, waarin de werkingskosten vervat zitten. Moeten we in het kader van de uitsplitsing besluiten dat supplementen enkel nog geheven zullen kunnen worden op het zuiver professionele honorarium?

Hoe zult u ervoor zorgen dat de vergoeding van de werkingskosten gelijke tred houdt met de kosten van personeel en investeringen in innovatie? Daarmee raken we opnieuw aan het innovatiebudget van daarnet.

Tot slot, mijnheer de minister, wat is hiervoor uw timing? Als ik me niet vergis, is hiervoor een werkgroep opgericht. Wanneer wenst u dat deze landt, zodat op die manier tot besluitvorming kan worden gekomen? De sector kijkt daar immers sterk naar uit.

La **présidente**: Je suis très heureuse de voir que vous avancez bien quand je ne suis pas là. M. le ministre respecte le timing.

**10.02** Frank Vandenbroucke, ministre: Absolument!

La **présidente**: C'est magnifique!

**10.03** Frank Vandenbroucke, ministre: Je suis très discipliné maintenant.

Mevrouw De Knop, wat uw eerste vraag betreft, in het kader van de nomenclatuurreformering werd de relatieve waardeschaal voor de werkingskosten en per verstrekking berekend aan de hand van gegevens uit een representatieve steekproef van 26 Belgische ziekenhuizen. Deze ziekenhuisgegevens hebben betrekking op verstrekkingen die bij zowel gehospitaliseerde als

ambulante patiënten werden geleverd.

Wat betreft uw tweede vraag, het honorarium voor een verstrekking door ambulante artsen-specialisten zal bestaan uit een professioneel gedeelte en een gedeelte voor werkingskosten.

Wat betreft uw derde vraag, wij redeneren op dit moment niet in termen van voorwaarden. Er worden geen voorwaarden voorzien.

In uw vierde vraag vroeg u waarop de honorariumsupplementen zullen worden toegepast. Dat is iets wat nog ter discussie voorligt. Het logische uitgangspunt is dat in de toekomst een ereloonsupplement enkel op het professionele gedeelte betrekking zal kunnen hebben.

Op uw laatste vraag kan ik antwoorden dat de relatieve waardeschaal regelmatig moet worden herberekend om rekening te kunnen houden met de evolutie van de personeelskosten, maar ook met die van het materiaal.

**10.04 Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, u hebt inderdaad heel kort en bondig geantwoord op deze vragen, die nochtans zeer actueel zijn.

Die kaderwet komt immers binnenkort naar het Parlement. Daarin hebt u bepaald dat u een maximum wilt zetten op de ereloonsupplementen. Deze discussie is daarmee echter onlosmakelijk verbonden. In die zin vind ik het niet oké dat u ons zo weinig informatie geeft. Het Parlement moet toch kunnen beslissen en moet toch weten, wanneer we de discussie over de kaderwet en over de ereloonsupplementen voeren, in welk budgettair kader dit gebeurt? U hebt ook helemaal niets gezegd over de timing die hierbij hoort. Het is misschien nu wat moeilijk om daarover in deze commissie, naar aanleiding van mondelinge vragen, een echt debat te houden, maar we moeten hierop absoluut terugkomen.

Er is nu een hele zomer over gegaan. Ik veronderstel dat er ook heel veel werk is gebeurd, zowel op uw kabinet als binnen het RIZIV en de sectoren. Het zou goed zijn geweest indien u het Parlement wat meer informatie had kunnen geven over de belangrijkste hervorming die dit najaar op stapel staat.

Het is dus heel erg bizar en niet erg respectvol dat ik deze antwoorden krijg, mijnheer de minister.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

#### **11 Samengevoegde vragen van**

- **Frieda Gijbels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toekomst van de AYA-zorg na de vernietiging van de overeenkomst" (56007194C)

- **Nawal Farih** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vernietiging van de AYA-conventie door de Raad van State" (56008140C)

#### **11 Questions jointes de**

- **Frieda Gijbels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avenir des soins prodigués aux jeunes atteints d'un cancer après l'annulation de la convention AJA" (56007194C)

- **Nawal Farih** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'annulation de la convention AJA par le Conseil d'État" (56008140C)

**11.01 Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over de vernietiging door de Raad van State van de AYA-conventie op 16 juni 2025. Het arrest maakt duidelijk dat artikel 56 van de ziekenhuiswet niet kan dienen als rechtsgrond voor structurele zorgprogramma's en wees ook op ernstige procedurefouten, zoals de voorwaarden die worden opgelegd, het feit dat er geen open oproep werd gedaan en de onduidelijke criteria. Tijdens de vorige legislatuur had ik daar al bedenkingen bij gemaakt en u enkele vragen gesteld. Wij vinden het vooral belangrijk dat de nabijheid wordt aangehouden.

De conventie voorzag bovendien dat de AYA-teams vanaf 1 januari 2026 ook een adviserende functie

zouden opnemen richting andere ziekenhuizen en de eerste lijn. Die datum komt snel dichterbij, maar op het terrein worden er door de zorgverstrekkers en de ziekenhuizen vragen gesteld gezien de vernietiging door de Raad van State. Daarom heb ik enkele vragen voor u.

Hoe garandeert u de continuïteit van de bestaande AYA-teams nu de conventie vernietigd is en 1 januari 2026 snel nadert?

Hoe staat het vandaag met de financiering, aangezien de conventie reeds sinds juni is vernietigd?

Hoe ziet u de voorziene adviserende functie concreet in de huidige situatie?

Bent u bereid om vanaf nu meer via de reguliere weg te werken, met een wettelijk kader, programmatie en kwaliteitscriteria? De hele sector kan dan op een eerlijke manier deelnemen aan oproepen voor conventies.

Wat is de impact vandaag op de ziekenhuizen en meer specifiek op jonge kankerpatiënten en hun toegang tot zorg?

**11.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het besluit van de Raad van State verandert niets aan de huidige zorg voor AYA-patiënten. We werken aan een nieuwe AYA-conventie, die het mogelijk zal maken om organisatorische richtlijnen voor AYA-zorg te ontwikkelen. Die richtlijnen zullen worden toegepast in alle ziekenhuizen en in de eerstelijnszorg, zodat alle adolescenten en jongvolwassenen met kanker toegang krijgen tot kwalitatieve, leeftijdsspecifieke zorg en passende ondersteuning, zowel binnen het behandelend ziekenhuis als daarbuiten.

Via de nieuwe AYA-conventie zal het ook mogelijk zijn verder te onderzoeken welke aanpak het meest geschikt is voor de ondersteuning van de zorg voor AYA-patiënten in België. Alle ziekenhuizen die aan de criteria voldoen, kunnen hun kandidatuur voor toetreding tot de overeenkomst indienen. Op basis van de resultaten van die nieuwe overeenkomst kan een nieuw wettelijk kader voor kwaliteitscriteria voor AYA-zorg worden opgesteld.

De uitspraak van de Raad van State heeft geen invloed op de toegang tot zorg voor adolescenten en jongvolwassenen met kanker. Die toegang blijft vanzelfsprekend volledig gewaarborgd.

**11.03** **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik ben blij te vernemen dat er vandaag geen impact is op het terrein. Ik vind het enigszins wel vreemd, gezien die vernietiging. U werkt aan een nieuw wettelijk kader, dat heel snel tot stand zal moeten komen, aangezien de extra functie vanaf 1 januari van start gaat. Kan dat soms ook zonder het nieuw wettelijk kader? Ik blijf nog met enkele vragen zitten. U spreekt over een nieuw wettelijk kader, maar de conventie van vandaag is vernietigd. Ik ga ervan uit dat er tussen juni en vandaag dan ook geen wettelijke basis is.

**11.04** Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Farih, dat is nochtans de juridische analyse die wij maken. Ik durf me op dit moment niet uit te spreken over wanneer de nieuwe conventie er zal zijn.

**11.05** **Nawal Farih** (cd&v): Mijnheer de minister, ik zal het verder opvolgen, maar er heerst in de sector ongerustheid, omdat men bang is om financiering te verliezen en vreest dat in de toekomst continuïteit zou kunnen ontbreken, vooral wegens die vernietiging. Ik zou dat dus nauwlettend opvolgen, want er heerst grote ongerustheid. Vandaag lijkt het nog niet helemaal helder voor mij.

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

**12** **Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van kinderrevalidatie als een apart zorgprogramma" (56007195C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning en de financiering van kinderrevalidatie als apart specialisme" (56008125C)

**12** **Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance de la revalidation pédiatrique en tant que programme de soins distinct" (56007195C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance et le financement de la revalidation pédiatrique comme spécialité à part entière" (56008125C)

**12.01** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, verschillende artsen uit revalidatiecentra en ziekenhuizen pleiten voor de erkenning van kinderrevalidatie als een apart zorgprogramma binnen de gezondheidszorg. Ze wijzen erop dat kinderrevalidatie gepaard gaat met specifieke noden, die fundamenteel verschillen van revalidatie bij volwassenen. Daarnaast, zo zeggen zij, sluit het huidige financieringssysteem, dat grotendeels gebaseerd is op de nomenclatuur bedoeld voor volwassenen, daarop onvoldoende aan. Dat leidt tot een gebrek aan middelen voor de zorginstellingen en ziekenhuizen, maar ook tot hoge kosten voor de gezinnen.

De betrokken zorgprofessionals hebben in samenwerking met Zorgnet-Icuro een visienota opgesteld, die ze ook aan u willen voorleggen, of wellicht al hebben voorgelegd. Ze wijzen op het gebrek aan een erkend zorgkader, de nood aan structurele financiering en de groeiende ongelijkheid die ontstaat omdat bepaalde ouders de kosten niet langer kunnen dragen.

Erkent u de specificiteit van de noden van kinderrevalidatie? Is dat inderdaad fundamenteel anders dan volwassenenrevalidatie?

Deelt u de analyse dat het huidige financieringsmodel daar onvoldoende op inspeelt?

Bent u van plan te bekijken of kinderrevalidatie een apart zorgprogramma kan worden met een aangepaste financiering en nomenclatuur? Zo ja, welke termijn denkt u nodig te hebben om dat te realiseren?

Hebt u ondertussen kennisgenomen van de visienota? Zo ja, wat is uw reactie daarop?

**12.02** **Nawal Farih** (cd&v): Mevrouw de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

*In tegenstelling tot bijvoorbeeld Nederland en Duitsland erkent België kinderrevalidatie niet als een apart medisch specialisme. Nochtans hebben wij ook in België kinderen met aangeboren afwijkingen, neurologische letsels of complexe aandoeningen die revalidatie nodig hebben. Zij hebben specifieke ontwikkelingsgerichte trajecten nodig die fundamenteel verschillen van revalidatie bij volwassenen.*

*Door het gebrek aan formele erkenning vallen kinderen momenteel onder een nomenclatuur en financieringsstructuur die volledig op volwassenen geënt is. Zo wordt in de praktijk vaak gewerkt met de K60-codes, maar die zijn niet afgestemd op kindertrajecten. Pediaters met een erkenning in functionele en professionele revalidatie mogen deze codes zelfs niet zelf aanrekenen; enkel artsen fysische geneeskunde kunnen dat. Bovendien kan er bij meerdere aandoeningen vaak maar één code mag gebruikt worden. Bij congenitale syndromen wordt de aandoening doorgaans als één geheel beschouwd, waardoor bijkomende behandelingen niet afzonderlijk kunnen worden vergoed. Dat zorgt voor veel onduidelijkheid en leidt ertoe dat kinderen met zeer complexe noden in de praktijk slechts een beperkt aantal therapieën terugbetaald krijgen. Hun trajecten – waarin intensieve, frequente en multidisciplinaire begeleiding cruciaal is – worden zo onvoldoende ondersteund.*

*Daarnaast laat de huidige nomenclatuur nauwelijks ruimte voor de brede multidisciplinaire aanpak die kinderrevalidatie vraagt. Samenwerking tussen kinesitherapeuten, logopedisten, ergotherapeuten, psychologen, pedagogen en scholen is nochtans essentieel om achterstanden in te halen en kinderen*

*maximaal hun potentieel te laten benutten.*

*Internationale voorbeelden tonen aan dat een aparte erkenning van kinderrevalidatie leidt tot betere kwaliteit, betere resultaten en uiteindelijk lagere maatschappelijke kosten, omdat kinderen zo sneller, beter en duurzamer worden geholpen.*

*In dat kader stel ik u graag de volgende vragen:*

- 1. Erkent u de noodzaak en overweegt u om kinderrevalidatie als apart specialisme te erkennen, met een eigen nomenclatuur en kwaliteitskaders?*
- 2. Bent u bereid om hierover op korte termijn in overleg te gaan met de sector, in het bijzonder de Belgian Academy of Paediatrics en het Riziv?*
- 3. Hoe interpreteert het Riziv de toepassing van de K60-codes in het geval van kinderen met meerdere of congenitale aandoeningen? Erkent u dat de huidige interpretatieregels ertoe leiden dat zij structureel benadeeld worden in hun toegang tot revalidatie?*
- 4. Hoe zal u garanderen dat kinderen toegang krijgen tot voldoende en intensieve revalidatiebehandelingen, aangepast aan hun ontwikkelingsstadium, en niet langer beperkt worden door een op volwassenen afgestemde nomenclatuur?*
- 5. Zal u bekijken hoe multidisciplinair kinderrevalidatieteams structureel erkend en gefinancierd kunnen worden, zodat samenwerking tussen artsen, therapeuten, pedagogisch personeel en schoolbegeleiders duurzaam kan worden uitgebouwd?*

**12.03** Minister **Frank Vandenbroucke**: Dank om dit onder de aandacht te brengen. Mijn beleidscel heeft de visienota *Zorgprogramma Revalidatie van Kinderen en Jongeren*, gericht op gespecialiseerde kinderrevalidatiecentra in België, in augustus ontvangen. De nota pleit voor een centralisatie van de kinderrevalidatiezorg en bevat een concept voor een zorgprogramma voor de revalidatie van kinderen en jongeren, maar gaat nog niet in op de juridische of financiële uitwerking van deze visie.

De kwestie van de K-nomenclatuur, die onvoldoende rekening zou houden met de zorgnoden van kinderen en jongeren, komt aan bod in de perscommunicatie bij de nota, maar is niet verder uitgewerkt in de visienota zelf. Ook worden daarin geen financiële noden gespecificeerd. Eerder was er in 2016 binnen het cahier *Revalidatiezorg* van Zorgnet-Icuro al sprake van een gespecialiseerd zorgprogramma voor de revalidatie van kinderen en jongeren. Een nadere vergelijking is nodig om te beoordelen of de voorstellen volledig overeenkomen dan wel of er verschillen bestaan.

Er bestaan uiteraard ook reeds RIZIV-overeenkomsten gericht op kinderen en jongeren, waarvan sommige in het kader van de zesde staatshervorming naar de gemeenschappen werden overgeheveld. Het is belangrijk te bekijken hoe dit voorstel zich verhoudt tot bestaande initiatieven. Eerst moeten we de tijd nemen om het voorstel grondig te analyseren en dit desgevallend mee te nemen in de bredere reflectie over de organisatie en financiering van het revalidatielandschap. Deze oefening loopt zowel binnen de Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen, op mijn verzoek, als binnen een interfederale werkgroep.

De materie raakt immers niet alleen aan federale bevoegdheden. Revalidatiezorg is op het vlak van bevoegdheden een complexe materie. Een aantal revalidatieovereenkomsten, zoals *long-term care*-revalidatie, werden in het kader van de zesde staatshervorming overgeheveld, evenals de Vlaamse revalidatie-instellingen en zorgverstrekkingen in geïsoleerde diensten voor behandeling en revalidatie. Aangezien het om gespecialiseerde zorg gaat, is ook de bevoegdheidsverdeling met betrekking tot de organisatie en financiering van ziekenhuizen van belang.

Een voorafname op de lopende oefening daaromtrent is niet wenselijk, zodat de Federale Raad en de interfederale werkgroep eerst de opportuniteit, de plaats in het zorglandschap en de financieringsnoden van een dergelijk programma in beschouwing kunnen nemen.

**12.04** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, de versnipperde bevoegdheden spelen ons blijkbaar opnieuw parten.

Het is goed te horen dat u de kwestie ernstig neemt en dat er overleg plaatsvindt. Ik hoop dat er nog veel over wordt gepraat, want als het over kinderen gaat, zeker over kinderrevalidatie, is het bijzonder belangrijk om hun alle kansen te geven. Het is dan ook jammer dat sommige gezinnen het zich wel kunnen permitteren en andere niet. Wij moeten alle kinderen gelijke startkansen geven.

Het is niet nodig om nu al meer details mee te delen, maar ik wil aandringen op verder overleg en een verdere uitwerking van voorstellen die werkbaar zijn voor de sector en natuurlijk vooral voor de betrokken gezinnen.

**12.05 Nawal Farih (cd&v):** Ik sluit me aan bij mevrouw Gijbels wat de financiële ongelijkheid betreft. Belangrijk is ook dat het effectief werkbaar wordt gemaakt voor de sector. Als pediaters met een erkenning in functionele en professionele revalidatie zelfs bepaalde nomenclatuurcodes niet kunnen gebruiken, dan zitten we met een probleem dat de toegang tot zorg bemoeilijkt voor de kinderen. Bij de nomenclatuurherijking zal de nodige aandacht geschonken moeten worden aan de kindvriendelijkheid en er zal zeker rekening gehouden moeten worden met de kinderrevalidatie, zodat er gepaste zorg kan worden aangeboden.

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

### **13 Samengevoegde vragen van**

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De oplopende wachttijden in slaapklinieken en mHealth-oplossingen" (56007196C)

- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De diagnose en behandeling van slaapapneu" (56007315C)

### **13 Questions jointes de**

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les longs délais d'attente dans les cliniques du sommeil et les solutions de santé mobile" (56007196C)

- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le diagnostic et le traitement des apnées du sommeil" (56007315C)

**13.01 Frieda Gijbels (N-VA):** Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, volgens een bericht dat ik las in *Het Belang van Limburg* lopen de wachttijden voor een slaaponderzoek in Limburgse ziekenhuizen momenteel op tot meer dan acht maanden. De oorzaken zijn divers: een grotere vraag naar slaaponderzoeken, onder meer door toegenomen obesitas en vergrijzing, personeelstekorten en een grotere bewustwording rond slaapstoornissen, zoals apneu. Dat probleem doet zich niet alleen voor in Limburg. Ook in andere ziekenhuizen blijken de wachttijden op te lopen. Artsen en slaapexperts erkennen het belang van thuisonderzoeken om de druk op de slaapklinieken te verlichten. Toch blijkt dat vandaag nauwelijks mogelijk, omdat een correcte diagnose wettelijk enkel via een polysomnografie in het ziekenhuis mag gebeuren. In andere gevallen is er geen terugbetaling voorzien.

Mobiele toepassingen die thuisdiagnostiek mogelijk maken, bevinden zich momenteel in de erkenningsprocedure via het mHealth-platform. Die procedure loopt al geruime tijd en blijft complex en traag. Het regeerakkoord voorziet gelukkig een versnelling en meer transparantie bij de erkenning van dergelijke mHealth-toepassingen. In de praktijk laat die vooruitgang evenwel nog op zich wachten en blijven patiënten lange tijd verstoken van een noodzakelijke diagnose. Daarom mijn vragen.

Hebt u zicht op de wachttijden voor dergelijke diagnostiek en behandeling in België? Kunt u dat toelichten?

Denkt u dat thuismetingen of mHealth-toepassingen kunnen helpen om een deel van die druk te verlichten, zeker bij vermoedens van slaapapneu?

Er lijken een aantal apps te bestaan die verband houden met slaapdiagnostiek en die opgenomen zijn in de mHealth-piramide. Klopt het dat er nog geen enkele werd erkend?

Hoelang lopen de verschillende procedures van die apps al? In welke fase bevinden ze zich? Is er zicht

op een erkenning van een of meerdere van die apps op korte termijn?

In 2023 gaf u aan dat er gewerkt werd aan een nieuwe overeenkomst rond slaapapneu, waarin ook apps zoals AirView zouden worden geïntegreerd. Is die nieuwe overeenkomst er al? Op welke manier werden telemonitoringapps geïntegreerd? Indien de nieuwe overeenkomst nog niet in werking is, op welke termijn wordt die voorzien? En wat is er met betrekking tot telemonitoring gepland?

**13.02 Carmen Ramlot (Les Engagés):** Monsieur le ministre, selon une enquête récente, les patients doivent parfois attendre entre six et huit mois pour bénéficier d'une étude du sommeil dans un centre agréé. Ces délais importants retardent le diagnostic et la mise en place de traitements, notamment pour l'apnée du sommeil, qui représente un problème de santé publique majeur en raison de ses conséquences sur les maladies cardiovasculaires, le diabète ou encore la sécurité routière. L'augmentation du nombre de tests et dès lors du budget qui y sont consacrés est forte ces dernières années et cela mérite notre attention.

Monsieur le ministre, disposez-vous de données concernant les délais moyens d'attente pour une étude du sommeil en Belgique? Par ailleurs, une réforme est en cours. Pourriez-vous nous éclairer quant aux personnes qui participent à cette réflexion? Les prestataires de soins concernés et les associations de patients sont-ils impliqués? Quels sont les objectifs de cette réforme: s'agit-il d'objectifs de qualité de soins ou uniquement d'objectifs budgétaires?

**13.03 Frank Vandenbroucke,** ministre: S'agissant de la première question, l'INAMI n'a pas de vue précise sur le délai d'attente pour la réalisation d'une PSG diagnostic dans chaque hôpital.

Wat de tweede vraag betreft, is de verwachting dat het verrichten van thuistesten om de diagnose te stellen van obstructie slaapapneusyndroom (OSAS), een vaak voorkomende slaapstoornis, een positieve invloed zou uitoefenen op de wachtlijsten voor slaaponderzoek. Dit zou de ziekenhuizen ontlasten, aangezien bij sommige patiënten een thuistest als slaaponderzoek voor de diagnosestelling kan worden uitgevoerd in plaats van een PSG tijdens een ziekenhuisopname. Dat standpunt wordt ook onderschreven door een KCE-rapport waarin een grote hervorming van de diagnose en behandeling van slaapapneus wordt aanbevolen.

De diagnostische thuistest biedt bovendien andere voordelen. Zo vermeldt het KCE-rapport dat de thuistest een vereenvoudigde test is om slaapapneus vast te stellen. Ze maakt een meer patiëntgerichte aanpak mogelijk, kan worden uitgevoerd in een vertrouwde en comfortabele omgeving en gaat gepaard met een lagere kostprijs dan een PSG in een slaaplaboratorium.

L'INAMI travaille en effet à une réforme de la réglementation actuelle relative au diagnostic et au traitement du syndrome des apnées du sommeil sur la base des recommandations du KCE. Cette réforme vise à lutter contre le sous-diagnostic et la prise en charge insuffisante de ce syndrome, en facilitant l'accès à un diagnostic et à un traitement de qualité, tout en améliorant le rapport coût-efficacité des soins liés à l'apnée du sommeil.

Le projet de réforme actuellement à l'étude comprend les éléments suivants. Pour la majorité des patients, un test à domicile sera effectué en vue de former le diagnostic de syndrome d'apnée obstructive du sommeil (SAOS). Le test diagnostic à domicile pourra être réalisé sans passage préalable par un centre de sommeil. Pour la majorité des patients, le titrage de l'appareil Nasal Continuous Positive Airway Pressure (NCPAP) se fera à domicile sans qu'il soit encore nécessaire de réaliser un examen du sommeil afin de vérifier l'efficacité du traitement. Des entreprises spécialisées pourront effectuer des tests à domicile et se charger de la mise à disposition du matériel nécessaire au traitement par NCPAP. Le centre du sommeil assurera le suivi du patient pendant une période limitée. Dans le projet de réforme actuellement à l'étude, la phase de suivi par un centre du sommeil sera limitée à neuf mois, avec une possibilité de prolongation de trois mois en cas de problème d'observance thérapeutique. À l'issue de cette phase de suivi, le médecin généraliste prendra le relais.

Toutes ces mesures permettront de soulager les hôpitaux tant en ce qui concerne la réalisation de tests du sommeil diagnostiques que le suivi des patients atteints de SAOS. Le temps ainsi libéré permettra aux centres du sommeil de se concentrer sur la réalisation de tests diagnostiques du sommeil à l'hôpital sur le nombre limité de patients pour lesquels un test diagnostique à domicile est impossible, l'établissement du diagnostic en tant que tel, par l'interprétation des résultats des tests du sommeil

réalisés à domicile ou à l'hôpital, le choix du traitement le plus adapté à chaque patient et le suivi des patients pendant une période limitée.

Le concept de réforme, tel qu'il est actuellement proposé, permettra donc de diagnostiquer et de traiter davantage de patients et d'apporter ainsi une réponse à la situation actuelle de sous-diagnostic et de prise en charge insuffisante de l'apnée du sommeil. La réforme n'est pas motivée par des considérations économiques.

Comme l'illustre ce qui précède, la réforme vise à diagnostiquer et à traiter le plus grand nombre possible de patients. Cet objectif sera atteint en utilisant de manière optimale les ressources existantes et disponibles au sein de tous les secteurs impliqués dans la prise en charge de l'apnée du sommeil.

Les discussions sur la réforme de la réglementation actuelle en matière de diagnostic et de traitement de l'apnée du sommeil sont toujours en cours. Toutes les parties concernées y participent, notamment les associations de patients, les associations de médecins généralistes, les spécialistes du sommeil, les médecins spécialisés ORL, les spécialistes OAM, les fédérations hospitalières et les entreprises actives dans ce domaine

Mevrouw Gijbels, sinds oktober 2023 geldt een vernieuwde procedure voor het indienen van een aanvraag voor de opname en de terugbetaling van een medische mobiele toepassing binnen een zorgproces. De mHealth-piramide, die onderdeel was van de vorige aanmeldingsprocedure, is niet langer opgenomen in de nieuwe procedure. Het mHealthBelgium-platform hanteert een voor hen aangepaste versie van de piramide. Die aangepaste versie van de validatiepiramide maakt geen deel uit van een door de overheid vastgestelde classificatie van mobiele medische toepassingen. De verwarring rond de mHealth-piramide is waarschijnlijk ontstaan omdat het mHealthBelgium-platform aanvankelijk door de overheid werd ondersteund, maar nu volledig autonoom wordt beheerd door Agoria en beMedTech. Verder worden op het mHealthBelgium-platform alleen applicaties van bedrijven die lid zijn van deze organisaties vermeld. Het RIZIV en andere overheidsinstellingen zijn betrokken bij de samenstelling van de lijst met mHealth-toepassingen die op de mHealthBelgium-website per zorgproces worden vermeld. In zowel de oude als de nieuwe procedure werd geen nieuwe aanvraag ingediend voor een applicatie die kan worden ingezet bij de diagnostiek van slaapapneu.

Op uw vraag over de looptijd van de procedures kan ik nog geen antwoord geven, aangezien er geen aanvraag is ingediend.

Met betrekking tot wat ik in 2023 heb gezegd over een nieuwe overeenkomst rond slaapapneu, kan ik zeggen dat de discussies rond de hervorming van de bestaande regelgeving inzake de diagnose en behandeling van slaapapneu nog lopende zijn. In dit stadium is het dan ook nog te vroeg om zich uit te spreken over het tijdstip waarop deze nieuwe regelgeving in werking zal treden. Wat wel reeds kan worden meegedeeld, is dat telemonitoring en de mogelijkheid van diagnostisch onderzoek bij patiënten thuis twee essentiële aspecten zijn die worden meegenomen in de reflecties rond de hervorming en haar implementatie.

**13.04** **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, dank u wel voor de antwoorden.

We hebben al eerder besproken dat we geen zicht hebben op de wachttijden. Ik blijf dat vervelend vinden, zeker omdat men dan ook niet kan meten welke impact bepaalde nieuwe maatregelen hebben op de organisatie van ons zorgsysteem.

Het is een goede zaak dat we over het rapport van het Kenniscentrum beschikken. Ik moet het nog eens nalezen. Daarin staat inderdaad dat de thuishersten tal van positieve invloeden hebben. Ze leiden tot kortere wachtlijsten en waarschijnlijk ook tot een correctere registratie, want dat is meestal het geval in een meer vertrouwde omgeving. Bovendien is het goedkoper om thuis te onderzoeken en op te volgen.

Ik kijk uit naar de overeenkomst die in de maak is en hoop dat men daar niet meer te lang mee wacht, want de wachtlijsten die we kennen van de ziekenhuizen spreken boekdelen.

Het is niet duidelijk wanneer een beslissing zal worden genomen en wanneer die overeenkomst zal zijn opgesteld. Als de signalen positief zijn en de lichten op groen staan, dan zou ik niet meer wachten en

overgaan tot implementatie.

**13.05 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Le sommeil est en effet un trésor de vie et un irremplaçable réservoir de santé, quand il fonctionne. S'il dysfonctionne, cela peut devenir une pathologie potentiellement mortelle, comme c'est le cas de l'apnée du sommeil. La soigner a un coût. Il existe pourtant une piste d'économies incroyables et non négligeables si l'on observe ce qui se fait dans d'autres pays à ce sujet, mais vous le savez aussi bien que moi.

À ce stade, la réforme est sur la table. Chaque mois qui passe est un budget qui souffre, c'est donc le moment d'aboutir. Pour rappel, le rapport du KCE date de 2020, ce qui signifie que l'INAMI a été mandatée vers 2018; les discussions de cette nouvelle convention ont lieu depuis 2022 et le trajet de soins est présent. Alors, que manque-t-il pour avancer? En entendant votre réponse, j'ai plaisir à penser que c'est notre question qui pourrait faire avancer les choses. Du moins, je l'espère.

Permettez-moi d'ajouter une remarque à votre réponse. Il ne faudrait pas que le fait d'intégrer des entreprises spécialisées dans les tests implique un trajet de soins non suivi à la lettre. Il s'agit en effet souvent de techniciens. Or, il faut que le trajet de soins soit suivi, avec la compliance du patient. Un résultat au test, c'est bien, mais ce n'est qu'une première étape pour gérer le sommeil. Il faut un suivi.

J'ai hâte de voir arriver cette réforme, car je suis persuadée qu'elle nous permettra de dégager d'énormes économies et, aussi, principalement, d'améliorer la santé publique.

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

**14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het KCE-rapport en de uitrol van datasystemen voor intensieve zorg" (56007203C)**

**14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapport du KCE et le déploiement de systèmes de données pour les soins intensifs" (56007203C)**

**14.01 Frieda Gijbels** (N-VA): In het recentelijk gepubliceerde rapport van het Kenniscentrum over de organisatie en financiering van de intensieve zorg in België, een onderwerp waarover we het in de voorbije legislatuur tijdens de covidcrisis geregeld hadden en dat heel interessante debatten opleverde, lezen we dat er eigenlijk heel weinig duidelijkheid is over de organisatie van de intensieve zorg in België. Er wordt gewezen op het belang van een betere monitoring van het aantal beschikbare bedden – het exacte aantal bedden is zelfs niet bekend –, het aantal gesloten bedden en eventuele personeelstekorten, zodat er kan worden ingezet op capaciteitsbeheer en patiëntenoverdracht waar dat nodig zou zijn.

Daarnaast vestigt het rapport ook de aandacht opnieuw op het MICA-programma, programma waar we het de vorige legislatuur ook al over hadden. Wat is dat? MICA is een benchmarkingsysteem dat toelaat resultaten te vergelijken tussen ziekenhuizen, waardoor ze van elkaar kunnen leren. Spijtig genoeg is er nog altijd maar een beperkt aantal ziekenhuizen aangesloten op dat programma.

In het KCE-rapport wordt ook onderstreept dat elke intensieve eenheid minstens 12 bedden zou moeten tellen. Maar voor er beslissingen daarin worden genomen, lijkt het me van belang dat er eerst een duidelijker zicht komt op de performantie en de organisatie van de eenheden voor intensieve zorg.

Wat zijn voor u de belangrijkste conclusies uit het rapport?

Zal er een systeem van monitoring worden uitgewerkt, indien mogelijk met automatische data-extractie, om de ziekenhuizen niet met nog meer administratie op te zadelen? Als zo'n systeem wordt uitgewerkt, kan er een realtime overzicht bestaan van de capaciteit van intensieve zorg. Dat kan immers ook in crisissen van cruciaal nut zijn, zowel crisissen ten gevolge van personeelstekort als crisissen ten gevolge van uitbraken, zoals we die gekend hebben.

De gebruikers van het MICA-platform lijken enthousiast te zijn over de uitwisseling van data onder professionals. Het lijkt me dan ook wenselijk dat alle ziekenhuizen aansluiten bij dat of een soortgelijk systeem. Wat is uw houding ten opzichte van zo'n systeem?

Werd er een onderzoek gedaan naar de evolutie in zorgkwaliteit bij de gebruikers van dat systeem van benchmarking?

Tot slot, is financiële ondersteuning voor installatie en gebruik van dat systeem denkbaar? Ik kan me voorstellen dat het een return geeft, aangezien het volgens mij ook bijdraagt tot een grotere kostenefficiëntie.

**14.02** Minister **Frank Vandenbroucke**: Het recente KCE-rapport wijst erop dat België een relatief groot aantal intensievezorgeenheden en bedden heeft, maar dat die capaciteit erg versnipperd is en niet altijd aansluit bij de reële zorgbehoeften van de patiënt. Ook blijkt dat meer dan 60 % van de intensieve eenheden maximaal twaalf erkende bedden telt. De kleinere sites kennen doorgaans een lagere bezettingsgraad en grotere schommelingen dan de grotere, universitaire centra. Een dergelijke variabiliteit bemoeilijkt een efficiënte inzet van middelen, in het bijzonder van personeel.

De organisatie van intensieve zorg is vandaag vastgelegd in een KB uit 1998. Het lijkt nuttig om de hierin opgenomen normen te herbekijken aan de hand van de aanbevelingen van het KCE-rapport. Ik kan mij vinden in het concept van een indeling tussen basisintensieve zorg en intensieve zorg niveau 1, met de bijbehorende aanbevelingen.

Het rapport benadrukt bovendien het belang van performante, transparante en continue gegevensverzameling, wat vandaag grotendeels ontbreekt. In dat kader is ook het MICA-platform regelmatig ter sprake gekomen. Het KCE doet geen aanbeveling om dat platform al dan niet te gebruiken, maar wijst erop dat MICA gevalideerde scoringssystemen bevat die ziekte-ernst en zorgintensiteit meten en die kunnen worden ingezet voor kwaliteitsmeting, organisatie, personeelsinzet en financiering. Deelnemende ziekenhuizen krijgen zicht op hun prestaties in vergelijking met anderen. Tegelijk bestaan er wel vragen rond licenties, data-eigendom, GDPR en de bezorgdheid dat data gebruikt zouden worden voor besparingen.

Een eerste stap in de verdere uitwerking van die elementen uit het rapport is overleg met de Belgische Vereniging voor Intensieve Geneeskunde en de betrokken beroepsvereniging van verpleegkundigen, zoals in het KCE-rapport wordt aanbevolen.

Ik wil benadrukken dat die hervormingen niet op zichzelf staan, maar deel uitmaken van de bredere hervorming van het ziekenhuislandschap. Intensieve zorg is immers onlosmakelijk verbonden met de organisatie van acute en gespecialiseerde zorgprogramma's. Het is in dat bredere kader dat de aanbevelingen van het KCE zullen worden meegenomen.

**14.03** **Frieda Gijbels** (N-VA): Er staat ons een grote hervorming van het ziekenhuislandschap te wachten. Ik begrijp dat de kwestie van de intensieve zorg daar niet los van kan worden gezien. Maar hoe dan ook vind ik het belangrijk dat het gebruik van systemen zoals het MICA-systeem, dat data verzamelt en aan benchmarking doet, maximaal wordt aangemoedigd. Ik dring erop aan dat u de ziekenhuizen ondersteunt om zich daarop aan te sluiten, want dat zal zich terugbetalen. Dergelijke investeringen zijn echt wenselijk.

Ik heb begrip voor de terughoudendheid van sommige ziekenhuizen voor de implementatie van zo'n systeem. Als zij echter kunnen worden gerustgesteld dat de data voor de juiste doeleinden worden gebruikt, en kennisnemen van de ervaringen van de ziekenhuizen die wel zijn aangesloten, denk ik dat hun mening daarover kan veranderen.

Ik vind het in elk geval heel belangrijk dat we een goed zicht hebben op de performantie van onze ziekenhuizen, zodat we ook kunnen beoordelen welke impact alle beleidsmaatregelen op het terrein hebben.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**15** Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'accord de l'été sur la santé" (56007265C)

**15** Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De maatregelen inzake gezondheidszorg uit het zomerakkoord" (56007265C)

**15.01** **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'accord de l'été validé par le gouvernement fin juillet contient plusieurs mesures en matière de santé. Si la mise en œuvre de cet accord ne sera effective qu'après plusieurs étapes, je souhaite néanmoins déjà vous interroger sur certains points.

Pourriez-vous nous donner des informations sur la concertation avec les acteurs de la santé, notamment au sein des commissions d'accord et groupes de travail? Quelles sont les modalités de cette concertation? Quelle sera la méthodologie utilisée? Quel est le calendrier envisagé?

Comptez-vous mener une concertation avec les compagnies d'assurance afin de les faire contribuer à l'effort collectif, étant donné qu'elles bénéficieront du plafonnement des suppléments d'honoraires tout en continuant à percevoir les primes d'assurances hospitalisation payées par les patients? Quelles seront les modalités et l'objectif de cette concertation?

Pourriez-vous également nous éclairer sur les modalités pratiques du remboursement des téléconsultations dans les postes de garde prévu à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2026?

Je vous remercie pour vos réponses.

**15.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Cher collègue, en vue de la mise en œuvre des mesures proposées par l'avant-projet de loi en ce qui concerne les suppléments d'honoraires, les commissions d'accord seront donc chargées d'élaborer une proposition visant à limiter les suppléments d'honoraires pour les secteurs pour lesquels elles sont compétentes.

Dans ce cadre, les commissions d'accord organiseront les discussions relatives à cette limitation, étant entendu qu'elles devront avoir dressé une proposition pour le 31 janvier 2027 au plus tard. Pour ce faire, le gouvernement demande qu'elles se basent sur des données objectives et, le cas échéant, qu'elles tiennent compte de la réforme de la nomenclature. Les commissions d'accord peuvent aussi bien proposer un plafond général pour leur secteur que faire une proposition différenciée, dans laquelle différents plafonds maximum sont applicables en fonction, par exemple, du groupe de prestations, du numéro d'agrément, etc. En ce qui concerne les suppléments d'honoraires pour les patients hospitalisés, un groupe de travail mixte, (médecins, hôpitaux, mutualités) sera mis en place afin de servir de caisse de résonance lors de ces négociations.

En cas d'absence d'accord au sein d'une commission d'accord concernée, le gouvernement fixera le pourcentage maximal pour le secteur concerné. Il prendra ses décisions sur la base des informations disponibles concernant les suppléments d'honoraires facturés dans le secteur concerné au cours des cinq dernières années. Les principes directeurs sont le plafonnement des excès et la prévention d'une spirale inflationniste. De cette manière, les objectifs de l'accord de gouvernement, à savoir limiter les suppléments d'honoraires dans tous les secteurs et lutter contre les excès, devront être atteints.

Il sera également demandé au Comité de l'assurance d'élaborer, d'ici le 31 octobre 2026, un document de réflexion concernant le rôle que le nouvel instrument flexible des tarifs indicatifs jouera pour créer davantage de degrés de liberté dans le système de conventionnement, afin qu'il soit adaptable avec plus de souplesse aux nouveaux besoins et que ces tarifs indicatifs laissent aux prestataires de soins conventionnés individuels une plus grande marge d'appréciation en fonction de la situation concrète du patient.

Ensuite, dans le cadre de l'accord de coalition fédérale, il est fait référence à la réforme du financement des hôpitaux et de la nomenclature. Les administrations de l'INAMI et de la santé publique ont été chargées de présenter un plan d'action avec un calendrier pour fin 2025. L'année 2026 laissera la place aux concertations nécessaires tant au sein de la Médicomut que là où cela est nécessaire dans le CFEH (Conseil fédéral des établissements hospitaliers).

Parallèlement à ces chantiers et conformément aussi à l'accord de gouvernement, nous poursuivons la réforme du paysage hospitalier. Ce chantier, piloté par la Conférence interministérielle (CIM) Santé publique, couvre plusieurs volets: capacité hospitalière, soins alternatifs, réseaux locaux, gouvernance et planification stratégique. Il nécessite une concertation constante entre nous, entités fédérale et fédérées, pour garantir la cohérence de nos compétences. La CIM Santé publique a donné mandat en mars à un groupe d'experts indépendants pour proposer une réforme ambitieuse en ce qui concerne l'organisation du paysage hospitalier, garantissant des soins accessibles et de qualité, tout en optimisant les ressources humaines et financières. Ce panel remettra ses conclusions à la CIM à la fin de l'année 2025.

Quant aux concertations avec les compagnies d'assurance, elles seraient à ce stade prématurées. En effet, les secteurs n'ont pas encore fixé de plafonds relatifs aux suppléments d'honoraires, de sorte qu'il est à ce jour impossible de déterminer l'impact réel d'un plafonnement pour les compagnies d'assurance. Si toutefois il s'avère qu'un impact est constaté, le secteur des assurances sera consulté, comme cela a été le cas dans d'autres matières – par exemple dans le cadre du maximum à facturer.

La lettre de mission du gouvernement adressée au Conseil général et au Comité de l'assurance énonce plusieurs priorités politiques, parmi lesquelles une meilleure organisation du service de garde des médecins généralistes. L'introduction des téléconsultations dans les postes de garde de médecine générale est effectivement citée dans cette lettre.

La réintroduction de ces téléconsultations dans le service de garde devrait s'inscrire plus largement dans le cadre d'une optimisation plus poussée du service de garde, notamment par la mise en place d'un triage obligatoire et contraignant dans les postes de garde de médecine générale et dans les services d'urgence, une future priorité du gouvernement telle qu'indiquée dans la lettre de mission.

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

Je sais que le sujet est complexe et sensible, et qu'on va en parler tous les mois. Si ce n'est pas ici, ce sera dans les médias ou dans les associations de soignants.

Bien entendu, vous avez compris que leur crainte et la nôtre aussi, est que nous allions trop vite. En tout cas je suis heureux d'entendre que le terrain est concerté, parce que ni vous ni moi ne sommes spécialistes des situations financières particulières de chaque cabinet médical spécialisé ou de chaque clinique hospitalière, lesquels ont leur propre équilibre financier.

C'est très délicat de toucher à ces suppléments. Néanmoins, je suis bien entendu, comme vous, en faveur de les limiter car certains sont exorbitants et injustifiés et ne peuvent pas condamner ainsi l'accès aux soins de certains patients. Je pense surtout qu'il faut tenir compte du fait que certains cabinets spécialisés de première ligne ont imposé des suppléments qu'on a laissé s'installer par défaut de nomenclature. Ils ne l'ont pas fait exprès. Dans la grande majorité des cas, les suppléments existent tout simplement parce que la nomenclature est insuffisante ou inexistante. Il faut donc être très prudent pour que cet accès aux soins, par un retour de manivelle trop important dans cette limitation, ne limite pas l'accès aux soins des patients.

Je suis heureux de voir qu'on avance, je l'espère, dans la bonne direction, et que d'ici la fin de cette année, nous puissions déjà voir ce qui se passe dans cette matière.

Concernant la responsabilité dans le cadre des assurances hospitalisation, le secteur dit forcément qu'il fera des efforts. On est tous d'accord que tant les patients que les soignants doivent faire des efforts, mais les assurances hospitalisation aussi. Elles ne peuvent rester sur le banc de touche et engranger des bénéfices supplémentaires.

Je comprends très bien votre réponse dans laquelle vous dites qu'il n'est pas possible de les faire contribuer tant que nous n'avons pas décidé des modalités en matière de suppléments. Je suis également content de l'entendre, parce qu'il sera juste de les faire contribuer également.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**16** Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La maladie de Verneuil" (56007266C)

**16** Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekte van Verneuil" (56007266C)

**16.01** **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, la maladie de Verneuil est quand même une maladie fréquente, puisqu'elle touche plus ou moins 1 % de la population. C'est une maladie très embêtante, qu'on appelle aussi hidrosadénite suppurée. C'est une maladie de la peau, liée à un dysfonctionnement au niveau de la racine des poils et des glandes de la sueur. Cette maladie nuit gravement à la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Il n'y a pas de traitement. Les personnes touchées doivent vivre avec cela toute leur vie. Les douleurs sont très présentes, et la grande difficulté, voire l'impossibilité de continuer à travailler, freine les personnes atteintes dans leur vie quotidienne. Les coûts liés aux pansements peuvent également être très lourds.

En France, cette maladie est reconnue comme affection de longue durée. C'est-à-dire que les soins, qu'ils soient médicamenteux ou non médicamenteux, sont pris en charge par l'assurance maladie. En Belgique, le critère pour bénéficier du statut de patient chronique est celui des coûts élevés des soins médicaux – et non médicaux –auxquels le patient est confronté.

Les difficultés rencontrées par les patients en termes de prise en charge sont nombreuses. Le coût des pansements peut être très lourd pour ces patients. Or, ceux-ci ne sont que très partiellement pris en charge par l'INAMI. Le forfait "plaies chroniques" permet aux patients de bénéficier d'une intervention pour les pansements actifs. Seuls certains médicaments, comme l'Humira, sont remboursés, mais sous condition. Ce soutien ponctuel ne reflète toutefois pas la réalité quotidienne des malades, pour qui la gestion de la douleur, des lésions et des rechutes est constante, complexe et coûteuse.

Monsieur le ministre, quelles mesures concrètes envisagez-vous à court terme pour améliorer la prise en charge de ces patients, en particulier en matière de soins infirmiers et de matériel médical? Les coûts des différents pansements sont-ils intégrés dans le calcul du maximum à facturer? Comptez-vous améliorer le soutien de ces patients en matière de gestion de la douleur, notamment au niveau des coûts des antalgiques?

Je vous remercie.

**16.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Merci. Comme vous le lirez dans les autres réponses à vos questions, plusieurs initiatives sont en cours ou en réflexion pour améliorer la prise en charge de ces patients.

En ce qui concerne les règles de remboursement des pansements actifs, il faut tenir compte de plusieurs facteurs. Non seulement le remboursement est seulement de 20 %, mais aussi les bases de remboursement appliquées n'ont pas évolué depuis plusieurs années et ne sont plus adéquates par rapport aux prix appliqués sur le marché. Ceci peut engendrer des retraits du marché de certains produits de la part des firmes. C'est pourquoi un projet est en cours afin d'améliorer l'intervention de l'assurance obligatoire dans le coût des pansements actifs et ce, pour les indications décrites dans la réglementation et non seulement la maladie de Verneuil.

La proposition de la Commission de remboursement des produits et prestations pharmaceutiques serait d'augmenter le remboursement de 20 % à 40 %. Tant l'inspecteur des finances que le ministre du Budget devront encore émettre un avis sur ce projet. Dans la liste des pansements actifs remboursables, on peut trouver des produits sous une forme semi-liquide selon la gamme à laquelle ils appartiennent. Ceux-ci se présentent alors sous forme de gel.

Concernant votre troisième question, pour l'application du maximum à facturer, on tient compte en effet de l'intervention personnelle fixée pour les prestations pour lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé intervient. L'assurance obligatoire soins de santé intervient pour les pansements actifs servant à soigner les plaies chroniques, dans le cas où la personne souffre d'une pathologie spécifique. La maladie de Verneuil ou, comme vous l'avez dit, l'hidradénite suppurée, figure parmi les maladies qui permettent d'obtenir un remboursement des pansements actifs. Le ticket modérateur est donc bien pris en compte dans le compteur du MAF.

Concernant la quatrième question, l'INAMI prévoit le remboursement de plusieurs antalgiques, d'opioïdes et d'antidouleurs les plus puissants jusqu'au paracétamol qui est l'antalgique de première ligne. Pour ce dernier, le remboursement est limité à un certain nombre d'affections courantes. En 2024, l'INAMI y a consacré environ 8,4 millions d'euros au bénéfice de quelque 290 000 Belges.

Dans le cadre de la douleur chronique chez les patients atteints de la maladie de Verneuil, il me semble pertinent de soumettre une question à ce sujet au bureau de la CRM. Les patients souffrent en effet de différents types de douleurs. En plus des douleurs aiguës lors des poussées, ils ressentent aussi une douleur de fond continue. C'est à la CRM de me conseiller sur l'opportunité scientifique et budgétaire d'étendre le remboursement des antidouleurs les plus pertinents à ce groupe de patients.

**16.03 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je suis heureux d'entendre que ma question n'est pas inutile puisqu'elle est déjà en réflexion au sein de l'INAMI, avec une augmentation de la prise en charge des pansements et une augmentation des remboursements de 20 % à 40 %. C'est un sujet sur lequel je reviendrai plus tard, c'est-à-dire dans une année, pour voir si cela a évolué dans le bon sens, puisqu'il s'agit d'une maladie injuste et fréquente.

Je vous remercie également pour votre réponse concernant le maximum à facturer. J'ai entendu que c'était pris en considération. C'est un beau point supplémentaire.

Pour ce qui est des antalgiques, on connaît les limites du paracétamol. Dans une maladie inflammatoire, il n'aide que très partiellement. Or je sais que les personnes qui souffrent de cette maladie ont besoin d'un peu plus que de paracétamol. Or, si je ne me trompe, j'ai entendu qu'on intervenait pour 8,4 millions d'euros dans le cas du remboursement du paracétamol, ce qui est énorme.

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

**17 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'urgence d'adapter la formation médicale aux enjeux technologiques et à l'intelligence artificielle" (56007267C)**

**17 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dringend noodzakelijke afstemming v.d. medische opleiding op de technologische uitdagingen en AI" (56007267C)**

**17.01 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je partage ici une réflexion. Les révolutions technologiques actuelles, que ce soit l'intelligence artificielle, la médecine génomique, les données de santé ou encore les algorithmes prédictifs ne sont plus une promesse du futur; elles sont là, intégrées dans la pratique quotidienne de nombreuses spécialités médicales. En radiologie, en dermatologie, en chirurgie assistée comme en médecine de précision.

Pourtant, notre système de formation médicale reste largement hérité du XX<sup>e</sup> siècle. Il repose encore essentiellement sur la mémorisation, la segmentation disciplinaire et une pédagogie qui prépare peu aux réalités numériques, aux interfaces technologiques ou à l'analyse de données de santé à grande échelle. Si la formation initiale des médecins relève de la compétence des Communautés, la formation continue relève de vos compétences.

Monsieur le ministre, pouvez-vous m'informer si à ce jour, une réflexion coordonnée a été engagée ou est en cours entre l'INAMI, les facultés de médecine, les associations professionnelles de médecins et les acteurs de l'intelligence artificielle appliquée à la santé pour adapter les contenus, les méthodes et les compétences cibles à la formation médicale, de base ou continue, en concertation avec les entités fédérées? Si tel n'est pas encore le cas, seriez-vous favorable à la mise en place rapide d'un groupe de travail national – éventuellement sous l'égide de l'INAMI – réunissant ces acteurs afin d'élaborer une feuille de route pour faire entrer la formation médicale dans le XXI<sup>e</sup> siècle sans renoncer à ses exigences humaines et scientifiques? Il en va non seulement de la qualité des soins, mais aussi de la légitimité professionnelle des médecins. Nous avons une responsabilité collective à ne pas retarder cette transition.

**17.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Comme vous le signalez très justement, monsieur Gatelier, la formation de base est de la compétence des entités fédérées. Par contre, dans le système

d'accréditation de l'INAMI, des activités de formation continue portant sur l'intelligence artificielle et sur le développement technologique connexe en matière de santé sont déjà reconnues et financées à l'heure actuelle.

La reconnaissance de ces activités de formation continue est assurée par les organes d'accréditation compétents, au sein desquels siègent notamment des représentants des universités et des associations scientifiques. Le système est conçu de manière à pouvoir intégrer de nouveaux thèmes médicaux et technologiques dans la formation continue. En ce sens, je pourrais dire avec un petit clin d'œil que la formation médicale continue est déjà entrée dans le XXI<sup>e</sup> siècle.

Je ne crois pas qu'il faille installer un groupe spécifique. Vous avez raison lorsque vous dites que ce thème est crucial pour l'avenir. Mais je crois qu'il faut faire confiance aux instances qui gouvernent le système d'accréditation pour y investir suffisamment.

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

C'est un sujet véritablement passionnant qui répond d'ailleurs à la médecine de demain, aux soins de santé de demain. Il permettra aussi, je l'espère, de réaliser des économies. Les soignants seront plus au chevet du patient et moins occupés par des tâches administratives ou d'encodage. L'intelligence artificielle et les données algorithmiques permettront aux infirmiers, aux aides-soignants, aux médecins et à tous les autres professionnels de santé de gagner énormément de temps.

C'est pour cela que je ne voudrais pas que les médecins qui, aujourd'hui, sont engagés dans une formation qui aboutira à leur diplôme en 2035 se voient enseigner une médecine qui date du début du siècle.

J'espère que nous aurons encore l'occasion de discuter de cette matière qui me passionne.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**18 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les retards de remboursement de prestations en tiers-payant de kinésithérapeutes" (56007268C)**

**18 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Vertragingen bij de terugbetaling van kinesitherapieverstrekkingen in de derde-betalersregeling" (56007268C)**

**18.01 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, plusieurs médias ont récemment mis en lumière une situation particulièrement préoccupante dans le secteur des soins de santé de première ligne: depuis cet été, de nombreux kinésithérapeutes wallons ne sont plus remboursés depuis plusieurs mois par la mutualité Solidaris pour les soins dispensés à des patients affiliés à celle-ci, dans le cadre du système de tiers-payant.

Certains professionnels accumulent aujourd'hui des arriérés allant jusqu'à 20 000 euros, mettant en péril la continuité de leur activité et, par ricochet, l'accès aux soins pour les patients. La mutualité évoque un engorgement administratif lié à la digitalisation des processus de facturation, mais cette explication semble insuffisante, d'autant que Solidaris est engagée dans un processus de restructuration interne et a été reconnue comme entreprise en difficulté.

Monsieur le ministre, la situation est-elle aujourd'hui régularisée? Les kinés concernés ont-ils enfin été remboursés des montants dus ou les retards persistent-ils?

Quel est le rôle de l'État et de l'INAMI dans cette situation? Existe-t-il un mécanisme de contrôle de l'exécution correcte des remboursements en tiers-payant par les mutualités? L'INAMI a-t-il diligencé des vérifications ou imposé des mesures correctrices à Solidaris?

Selon vous, les missions légales et les obligations de service public incombant à la mutualité Solidaris sont-elles actuellement remplies de manière satisfaisante, tant vis-à-vis des professionnels de santé que des patients?

Doit-on craindre que les difficultés financières connues de cette mutualité n'aient à l'avenir d'autres répercussions, non seulement sur d'autres prestataires de soins, mais également sur les patients affiliés, qui pourraient à terme ne plus être remboursés correctement pour leurs consultations ou leurs frais de santé?

Quelles garanties concrètes pouvez-vous offrir aux professionnels de santé qui acceptent le tiers-payant avec confiance dans le système mutualiste et aux patients affiliés à Solidaris qui doivent pouvoir continuer à recevoir leurs remboursements en temps utile?

Je vous remercie par avance pour votre réponse précise et pour les mesures que vous pourriez envisager en vue de garantir la sécurité et la fiabilité de notre système de santé solidaire.

**18.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: La réglementation relative au régime du tiers payant prévoit des règles pour les organismes assureurs en matière de paiement des dispensateurs de soins appliquant le système du tiers payant. Parmi ces règles figurent les délais qui doivent être respectés par les organismes assureurs. La mutualité Solidaris a informé l'INAMI qu'elle traite actuellement les factures reçues à la mi-mai. Pour limiter toutefois l'impact financier pour les kinésithérapeutes, un système temporaire de paiement d'avances sera mis en place début septembre pour toutes les factures non encore traitées et reçues entre la mi-mai et le 22 août, et ce, jusqu'à ce que le délai de traitement soit conforme au prescrit de la convention.

Ainsi, pour toute facture d'un montant égal ou supérieur à 500 euros, le paiement d'une avance équivalente à 70 % du montant de la facture sera effectué au maximum dans les 15 jours qui suivent la date de réception de celle-ci. Lors du traitement effectif de la facture, l'avance sera déduite du montant à payer. Pour les factures reçues à compter du 25 août, l'avance hebdomadaire sera systématiquement appliquée. Un courrier explicatif est adressé aux kinésithérapeutes dans lequel il est précisé qu'ils peuvent ne pas accepter le système des avances.

La réglementation précitée prévoit, en cas de retard de la part de l'organisme assureur, le paiement d'un intérêt de retard au taux légal sur simple demande de la part du dispensateur de soins concerné à partir du premier jour suivant l'expiration du délai de paiement. Ce mécanisme est décrit sur le site internet de l'INAMI, qui a demandé des informations supplémentaires. La situation ayant conduit au retard de paiement des kinésithérapeutes a une origine technique et informatique ponctuelle. La situation financière de la mutualité n'est pas une source ou une raison de ce retard.

Le remboursement des prestations de kiné est garanti par le financement de l'INAMI et la gestion globale de la sécurité sociale, ce qui est distinct des frais de fonctionnement des mutualités.

Rappelons d'ailleurs que les organismes assureurs sont soumis à un système d'évaluation des performances portant sur le montant de leurs frais d'administration. Ce dispositif repose au total sur l'analyse de sept processus qui reflètent le fonctionnement des organismes assureurs et détermine 20 % de la partie variable de leurs frais d'administration. Citons, par exemple, le processus 3: "L'exécution correcte, uniforme et dans les délais fixés des paiements des prestations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités".

J'espère, monsieur Gatelier, que ces différents éléments pourront rassurer le secteur, même si, en ma qualité de ministre, je ne peux que déplorer que de tels incidents se soient produits et que les soignants aient dû attendre aussi longtemps pour être payés.

**18.03 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre réponse. Je ne m'éterniserai pas davantage. J'avais déjà déposé cette question il y a deux mois et depuis lors, j'ai pu constater que vous vous en étiez soucié.

Je veux simplement ajouter que ce sont, de nouveau, les kinés, hélas, qui font les frais de ce dispositif. En effet, leur facturation électronique est toujours en attente. Cela n'arriverait pas s'ils en disposaient. Vous n'en pouvez rien. Ils le savent aussi.

J'espère qu'elle arrivera rapidement et j'espère aussi que d'autres mesures suivront. L'une d'entre elles vient de tomber début de ce mois concernant les soins des troubles mineurs et modérés sans

prescription. C'est bien, nous nous orientons dans le bon sens. Il est désormais impératif de revaloriser ces prestations à leur juste niveau. Car aujourd'hui, 30 euros ne suffisent clairement pas – et vous le savez aussi bien que moi. Une revalorisation à hauteur de 40 euros serait plus équitable. N'oublions pas non plus la suppression des règles de 25 % mais pour ce faire, vous devez trouver 125 millions d'euros. Nous en reparlerons prochainement.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**19** Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le projet de loi de réforme" (56007269C)

**19** Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het ontwerp van hervormingswet" (56007269C)

**19.01** **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, au cours de l'été, un ancien président de syndicat médical a exprimé publiquement ses craintes quant à l'instauration d'un "système de contrôle machiavélique" visant les médecins, basées sur l'évolution récente des prérogatives du Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM). Selon lui, la combinaison des nouvelles dispositions législatives, des pouvoirs d'inspection étendus et des possibilités de sanctions, jusqu'au retrait du numéro INAMI, équivaldrait à une surveillance permanente des médecins, disproportionnée par rapport à l'objectif légitime de lutte contre la fraude.

Il pointe notamment: depuis 2023, la possibilité pour le SECM de demander à la Banque nationale l'identité des titulaires de comptes bancaires visés dans une enquête, notamment pour des contrôles de facturation; la collaboration accrue entre la commission antifraude, le Collège intermutualiste, le SECM, le SPF Santé publique, Sciensano et l'Agence belge des données (de soins) de santé ou Health Data Agency, avec recours à l'exploration de données (*data mining*) relatives aux prestations et aux revenus; le maintien d'un régime de sanctions administratives sans passage par une chambre de première instance ni commission d'appel, auquel s'ajoute désormais la possibilité de retrait du numéro INAMI; la création en 2023 d'une commission fédérale de contrôle pouvant sanctionner les écarts aux recommandations du Conseil national de promotion de la qualité (CNPQ) et retirer le numéro INAMI; et enfin, la présence d'inspecteurs qui ne sont pas médecins mais qui peuvent contrôler et sanctionner des médecins, y compris sur des aspects médicaux.

Monsieur le ministre, dans un contexte où la confiance entre les autorités sanitaires et les praticiens est essentielle, pouvez-vous préciser concrètement quelles nouvelles dispositions de votre projet de réforme renforcent les prérogatives du SECM dans le contrôle des médecins?

Quelles garanties de proportionnalité et de respect des droits de la défense sont prévues pour éviter tout excès ou dérive dans ces contrôles, notamment en ce qui concerne le retrait d'un numéro INAMI?

Enfin, comment comptez-vous rassurer la profession médicale et éviter que ne s'installe un climat de méfiance, tel que décrit par certains représentants syndicaux cet été?

**19.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le projet auquel vous renvoyez n'a pas tellement pour objectif de renforcer les prérogatives du SECM. Lorsqu'il porte sur un élargissement des compétences de contrôle, le projet prévoit bien l'accroissement de la compétence du Collège national des médecins-conseils et le fait que par exemple, le fonctionnaire dirigeant du SECM puisse donner une mission à ce collège national.

Le projet prévoit cependant bien, comme vous le relevez, un élargissement de la compétence des juridictions administratives instituées auprès du SECM de l'INAMI – je me réfère à l'article 144, § 1<sup>er</sup>, de la loi AMI – la chambre de première instance et la chambre de recours, pour leur permettre d'imposer pendant la procédure administrative une nouvelle mesure pour certaines infractions spécifiques. Cela ne concerne cependant pas un possible retrait du numéro INAMI, mais bien la possibilité de suspendre celui-ci pendant une période déterminée, minimum un mois et maximum deux ans. Cette possibilité est uniquement prévue pour les infractions qui relèvent en première instance de la compétence de la chambre de première instance. C'est une mesure qui pourrait être imposée lorsque le SECM le requiert comme alternative à l'amende administrative, qui est actuellement prévue à l'article 142, § 1<sup>er</sup>, de la loi

AMI. Ce n'est pas une mesure qui peut être imposée unilatéralement par le SECM, mais par la juridiction administrative qui traitera le dossier, avec une compétence de pleine juridiction.

Le dispensateur de soins peut, comme toujours, exercer ses droits de la défense pendant la procédure administrative. Cette mesure alternative ne remet pas cela en cause.

Les juridictions administratives sont présidées par un président, juge en exercice ou émérite, et sont en outre composées à parts égales de deux membres présentés par les organismes assureurs et de deux membres présentés par la catégorie professionnelle concernée. Cette composition leur permet d'apprécier la gravité des faits et de peser la mesure la plus appropriée aux faits constatés.

La suspension temporaire du numéro INAMI d'un dispensateur de soins peut justement permettre que les dispensateurs de soins qui ont abusé du budget de l'assurance maladie obligatoire ne puissent plus facturer indûment des prestations à l'assurance. Cela peut justement permettre de sanctionner de manière appropriée les comportements qui portent atteinte à la confiance placée dans les dispensateurs de soins.

**19.03 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Je vous remercie pour votre réponse.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**20 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mesures d'économies sur les statines" (56007270C)**

**20 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De besparingsmaatregelen met betrekking tot de statines" (56007270C)**

**20.01 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je ne vais pas refaire le débat de ce matin, mais je souhaite tout de même y revenir brièvement. Des annonces d'économies de 907 millions d'euros ont été annoncées cet été, notamment via une augmentation du ticket modérateur pour certains médicaments. Il est vrai que cette piste peut être défendable, ce que j'ai d'ailleurs confirmé ce matin.

Cependant, j'aimerais attirer votre attention sur un point particulier concernant les statines. Je vous rappelle que nous soutenons la mise en place d'un plan national de lutte contre les maladies cardiovasculaires et toutes les grandes valeurs affirment que la prescription des statines dans la prévention primaire comme secondaire ainsi que pour le risque de maladies cardiovasculaires est de 30 % en moyenne. Chaque infarctus, AVC ou hospitalisation évitée, représente 15 000 euros d'économies pour l'assurance maladie. Vous avez donc compris où je veux en venir.

En Belgique, le coût annuel remboursé d'un traitement par statine générique est d'environ 25 euros par patient, pour une efficacité qui ne fait plus débat. Pourtant, la prescription reste trop tardive et pas assez ciblée dès les âges jeunes, alors que le mauvais cholestérol (LDL) est élevé, même sans antécédent personnel, et constitue un facteur de risque reconnu.

Des études de l'INAMI, du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) et même de l'étranger ont démontré que la généralisation raisonnée de la prescription de statines permettrait non seulement de mieux prévenir, mais aussi de réduire les dépenses en santé.

Dans ce contexte, réduire le remboursement des statines, en particulier pour les patients sans antécédent clinique, envoie un mauvais signal, à rebours de l'objectif de prévention que vous soutenez par ailleurs.

Monsieur le ministre, pouvez-vous dès lors préciser comment vous comptez orienter et surtout sensibiliser la prescription de statines, qui ne doit pas faire l'objet d'un discours de restriction, mais être effectuée plus précocement, de manière plus ciblée, et dans une logique de santé publique et d'économie?

Bien entendu, tout cela ne reflète certainement pas mon discours, qui est de moduler l'intervention du ticket modérateur. Ce matin, vous avez bien dit que cela ne concernait pas les personnes ayant eu un accident cardiovasculaire. Cependant, certains de nos collègues de la profession s'interrogent. Je suis certain que l'*evidence-based medicine* est votre bible comme elle est la mienne, et que nous allons pouvoir moduler ce remboursement en fonction de la nécessité ou pas de prescrire ces statines.

Il serait donc intéressant, en ce qui concerne les statines, d'avoir des critères plus précis, en tout cas dans la prise ou non d'un ticket modérateur augmenté ou diminué.

Je vous remercie pour votre réponse.

**20.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: En effet, on en a débattu ce matin et je crois que vous avez dit qu'on ne peut que dépenser un euro une fois. Cette vérité simple est vraiment l'essence du débat. Il se peut que dépenser un euro ait un impact positif, mais cela veut dire que l'euro n'est pas dépensé pour autre chose qui est peut-être encore plus positif. Voilà donc tous les choix à faire.

Je crois qu'il est important d'abord de dire que des patients qui prennent leur traitement doivent le prendre de manière régulière afin d'obtenir les mêmes bénéfices pour la santé que ceux observés dans les études cliniques. C'est un élément dont on n'a pas vraiment débattu ce matin, mais c'est un élément important dans le rapport du KCE. Si les patients ne prennent pas les médicaments comme prescrits – hélas, cela semble être souvent le cas avec les statines –, cela a peu de sens. Premier constat.

Deuxièmement, j'imagine que vous recevez maintenant des signaux de patients inquiets. Je crois que cette inquiétude ne doit pas être alimentée. C'est pourquoi il faut de la clarté. Les critères d'accès aux statines doivent être fondés sur des données scientifiques. Je crois que vous avez aussi cité le KCE, qui est nuancé sur la prescription de statines en prévention primaire. Selon l'étude du KCE, les statines devraient être envisagées seulement chez des individus à risque cardiovasculaire élevé après une discussion approfondie entre le patient et le médecin et après épuisement des mesures non médicamenteuses comme l'arrêt du tabac évidemment, l'activité physique, l'alimentation, etc.

C'est pourquoi un point central de cette mesure concernant les statines se trouve dans la distinction dans le ticket modérateur entre les patients en prévention cardiovasculaire primaire et ceux en prévention secondaire. Le ticket modérateur sera augmenté pour les patients en prévention primaire, tandis qu'il restera inchangé pour ceux en prévention secondaire. La prévention primaire avec les statines repose sur l'évaluation des facteurs de risque, avec un seuil au-delà duquel le risque devient suffisamment élevé pour justifier la prise d'un traitement. Tous les patients en prévention primaire ne doivent pas nécessairement prendre des statines.

En prévention secondaire, les effets des statines se sont avérés plus importants, tant en termes relatifs qu'absolus. Je crois que cela justifie la distinction introduite dans la mesure que l'on envisage de prendre.

Donc, je crois qu'il est important d'avoir ce débat, de l'expliquer aux patients, de l'expliquer dans toutes ses nuances.

Et je répète, il y a une différence entre dire qu'il y a un impact positif d'un traitement et dire que ce traitement doit être remboursé d'une telle façon, ou d'une autre façon, en tenant compte du fait qu'un euro ne peut être dépensé qu'une fois. Voilà ma réponse.

**20.03 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Merci pour votre réponse. C'est un débat intéressant. J'ai posé cette question concernant les statines. En effet – et je suis tout à fait d'accord de moduler le remboursement en prévention primaire et secondaire. Cela ne me pose pas de problème – la science évolue toujours. Heureusement, la recherche progresse. Le KCE donne des bonnes indications. Je prends l'exemple d'un patient hypertendu, diabétique, qui n'a pas fait de maladie cardio-vasculaire. On sait que l'introduction d'une statine est conseillée s'il a trop de cholestérol. Malheureusement, on peut avoir aussi trop de cholestérol. On sait très bien qu'il y a une grande part de génétique dans cela.

Tantôt, j'ai insisté sur les gens qui n'avaient pas de chance dans la vie. Il y en a qui font trop de cholestérol alors qu'ils ont un mode de vie sain. J'étais simplement inquiet qu'il y ait une évaluation purement binaire entre prévention primaire et prévention secondaire. De toutes façons, le KCE le note bien. Moi, je peux très bien comprendre que celui qui n'a pas encore fait son AVC, sa maladie

coronarienne, doit aussi faire des efforts. Mais il y a aussi des gens, par exemple, au sujet desquels on va reparler de cette lipoprotéine. Certains ont une lipoprotéine positive, et n'ont vraiment pas d'autre choix que de combattre tous ces facteurs de risque. Ce sont des éléments purement scientifiques. Puisque je suis un scientifique et que je ne me base que là-dessus, je suivrai les mesures du KCE, mais je souhaiterais qu'en termes d'économies, on puisse faire la différence avec celui qui n'a pas encore fait de maladie cardio-vasculaire. Cela veut dire qu'il n'est pas en prévention secondaire, mais en prévention primaire. Et celui qui est en prévention primaire, lui, a de la chance dans la vie. C'est simplement par son comportement alimentaire et son mode de vie qu'il choisit de prendre une statine qui sera un peu moins remboursée. Je n'ai pas de soucis avec cela.

On a effectivement parlé des antiacides. On en prescrit trop. Je pense qu'à ce niveau-là, on va dans le bon sens.

Et on pourrait aussi, monsieur le ministre, parler d'autres médicaments, et je pense surtout aux psychotropes, puisque les Belges sont les champions du monde des médicaments psychotropes, dont beaucoup sont remboursés, et coûtent très cher aussi à l'INAMI. Je pense que ce serait bien, puisqu'on va investir en santé mentale, qu'on puisse, après plusieurs mois d'un traitement psychotrope, orienter plus facilement le patient vers une prise en charge chez un psychologue ou un psychothérapeute, et on commence à le faire, heureusement. On pourrait rembourser cela plutôt que la prise d'un médicament. Merci beaucoup.

*Het incident is gesloten.*

*L'incident est clos.*

**[21] Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De psychomotoriek" (56007282C)**

**[21] Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La psychomotricité" (56007282C)**

**[21.01] Carmen Ramlot (Les Engagés):** Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement prévoit que "nous étudions la reconnaissance de la psychomotricité comme une profession paramédicale pour améliorer l'accessibilité de celle-ci pour l'ensemble de la population".

Le psychomotricien intervient dans le champ de la santé, au niveau de l'éducation et de la recherche. En lien avec les autres professionnels, il contribue au développement global de la personne par la prévention, les soins, mais aussi la thérapie. Il intervient auprès de personnes de tous âges, présentant des difficultés d'apprentissage ou porteuses de handicaps, de troubles psychosociaux, de pathologies physiques et de santé mentale. À partir du bilan d'évaluation de la dynamique psychomotrice du bénéficiaire, le psychomotricien établit un projet de soins qui favorise l'intégration des fonctions motrices, émotionnelles, cognitives et symboliques de la personne.

En 2022, l'Union professionnelle belge des psychomotriciens francophones a mené une vaste enquête en ligne auprès de ses 470 membres. Les résultats montrent notamment une augmentation de la demande de prise en charge depuis 2020. Mais l'absence de remboursement par l'INAMI agit comme un frein important face aux besoins des familles. Ainsi, les psychomotriciens interrogés dans cette enquête expliquent que deux tiers des interruptions de traitement s'expliquent par des raisons financières et l'absence de prise en charge par l'INAMI.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur le travail que vous avez déjà mené au sujet de l'étude de la reconnaissance de la psychomotricité comme profession paramédicale ces derniers mois?

Une concertation avec les psychomotriciens a-t-elle déjà eu lieu? Dans l'affirmative, quelles en sont les conclusions? Dans la négative, comptez-vous mettre en place cette concertation rapidement?

**[21.02] Frank Vandenbroucke, ministre:** Madame Ramlot, comme vous l'avez mentionné, l'accord de gouvernement prévoit l'étude de la reconnaissance de la psychomotricité comme profession paramédicale. À ce jour, néanmoins, au vu d'autres urgences dans le domaine des professions de santé, aucun travail concret n'a encore été entamé dans ce cadre.

Il convient de rappeler que cette question a déjà été examinée par le passé, notamment par le Conseil

fédéral des professions paramédicales, qui a émis un avis défavorable quant à l'intégration de la psychomotricité dans le champ des professions paramédicales reconnues. La Commission technique des professions paramédicales a également partagé cette position. Ces avis étaient motivés par des considérations liées à la formation, aux compétences spécifiques, ainsi qu'à l'articulation avec les autres professions de santé.

Cela dit, je suis conscient de l'importance du rôle que jouent les psychomotriciens dans l'accompagnement des personnes. Je comprends également les préoccupations exprimées par le secteur, notamment en ce qui concerne l'accessibilité financière pour les familles.

A ce stade, aucune concertation formelle n'a encore été organisée avec les représentants de la profession. Toutefois, je reste ouvert à un dialogue constructif avec les acteurs concernés, afin d'objectiver les besoins du terrain et d'évaluer, de manière rigoureuse, les éventuelles évolutions possibles dans le respect du cadre légal et des recommandations des instances compétentes.

**21.03 Carmen Ramlot (Les Engagés):** Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, qui ne me réjouit pas tout à fait! Une porte a quand même été ouverte. L'accord de gouvernement prévoit d'étudier la reconnaissance de la psychomotricité comme profession paramédicale. Fort bien, mais il ne s'agit pas d'un engagement inconditionnel. Cependant, les conditions résident dans l'aspect financier plutôt que médical. Le frein, c'est le coût de la reconnaissance. Il conviendra de l'apprécier. Comme vous le disiez tout à l'heure, on ne sait dépenser qu'un euro à la fois.

Il ne s'agit plus d'estimer l'utilité de ces soins. Effectivement, en cas d'AVC, par exemple, la psychomotricité s'avère nécessaire. D'ailleurs, dans ma commune, depuis 20 ans, une prime est octroyée aux personnes qui doivent se rendre chez le psychomotricien. Au départ, elle ne l'était que pour les enfants. Ensuite, nous nous sommes rendu compte que les enfants n'étaient pas les seuls concernés. Dès lors, elle a été étendue à la tranche d'âge de 0 à 99 ans. J'espère que cet exemple sera probant et vous donnera envie de faire pareil que la commune de Rouvroy, ce qui permettrait de faire évoluer la situation.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**22 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le biais de genre dans le domaine de la santé" (56007283C)**

**22 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De genderbias in de gezondheidszorg" (56007283C)**

**22.01 Carmen Ramlot (Les Engagés):** Monsieur le ministre, la presse a relayé plusieurs analyses préoccupantes concernant l'impact persistant du biais de genre dans le domaine de la santé. Les articles soulignent notamment que les femmes sont encore trop souvent désavantagées en matière de prévention, de diagnostic mais aussi de traitement. Plusieurs constats ont été mis en évidence.

De nombreuses études cliniques et essais thérapeutiques continuent à se fonder principalement sur des cohortes masculines, ce qui engendre des lacunes dans l'évaluation des effets des traitements sur les femmes. Certaines pathologies féminines sont encore sous-reconnues ou diagnostiquées beaucoup trop tard, avec des conséquences directes sur la qualité des soins. Les femmes rapportent également une prise en charge différenciée de leurs douleurs, souvent minimisées ou attribuées à tort à des causes psychologiques.

Ces biais entraînent de fait une inégalité structurelle dans l'accès à une médecine de qualité et adaptée à chacune et chacun.

Cette question importante est une préoccupation du présent gouvernement. En effet, l'accord de gouvernement précise que "Ce gouvernement est attentif aux différences entre les hommes et les femmes en matière de symptômes, de prévention et de traitement des maladies. Lors d'études cliniques et de la commercialisation de médicaments, la recherche scientifique doit accorder davantage d'attention à cet aspect. Les maladies qui touchent exclusivement les femmes méritent également plus d'attention."

Monsieur le ministre, comment comptez-vous concrètement concrétiser l'accord de gouvernement à ce sujet? Quelles mesures sont-elles actuellement mises en œuvre au niveau fédéral pour garantir une meilleure prise en compte des spécificités de genre dans la recherche médicale, les essais cliniques et la pratique médicale courante?

Avez-vous déjà identifié d'autres mesures que vous voulez mettre en œuvre pour limiter voire supprimer les effets persistants du biais de genre dans les soins de santé? Si oui, lesquelles? Enfin, envisagez-vous de lancer des campagnes de sensibilisation et de formation à destination des professionnels de la santé, afin de réduire les stéréotypes de genre qui influencent encore trop souvent la prise en charge médicale?

**22.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, l'accord de gouvernement souligne qu'une attention précise sera portée aux différences de symptômes, de prévention et de traitement entre les hommes et les femmes et que cette prise de conscience sera également intégrée dans la recherche scientifique, les essais cliniques et la commercialisation des médicaments.

Afin de mieux cerner les problèmes liés au thème de la santé des femmes, le gouvernement fédéral a organisé une concertation avec les différentes parties prenantes pour examiner ce qui a déjà été étudié et développé en la matière et pour identifier les points d'amélioration. Parallèlement, un plan d'action relatif à l'endométriose est en cours d'élaboration depuis le début de la législature. Un plan interfédéral pour une meilleure prise en charge de la ménopause est également à l'étude, cette mission ayant été donnée à la plateforme inter-administrative par la Conférence interministérielle (CIM) de la Santé.

Concernant votre deuxième question, cet aspect fait l'objet d'une attention particulière dans les essais cliniques non commerciaux financés par le programme KCE Trials, de la sélection et de l'évaluation des protocoles d'études jusqu'à la publication des résultats. En 2024, KCE Trials a également lancé un appel à projets thématiques sur l'endométriose. Dans son programme d'études générales, il arrive régulièrement que le KCE aborde des problématiques spécifiquement féminines, par exemple l'organisation de la prise en charge de l'endométriose dans un rapport de 2024. Les recommandations formulées dans le cadre de cette étude soulignent explicitement qu'il faut poursuivre et soutenir la recherche dans ce domaine.

Pour ce qui est de votre troisième question, la concertation organisée n'a pas encore abouti à des mesures concrètes, mais nous y travaillons.

S'agissant de votre quatrième question, nous devons en effet continuer à travailler pour réduire les stéréotypes de genre dans la prise en charge médicale, mais ce n'est pas nouveau. C'est une préoccupation majeure des administrations fédérales de santé depuis près de 15 ans. Cet engagement concret a commencé en 2010, lorsque la lutte contre les mutilations génitales féminines est devenue une priorité. Depuis, tous les deux ans, des rapports sont établis par le SPF Santé publique sur la prévalence de femmes vivant avec des mutilations génitales féminines en Belgique. Une campagne en 2016 sur le même thème visait à former les professionnels de santé à la prise en charge de femmes excisées.

Aujourd'hui, la SPF Santé Public mène des actions liées aux violences faites aux femmes. Ainsi, la campagne Opération Alerte sensibilise depuis l'année passée les prestataires de soins hospitaliers à la reconnaissance et prise en charge des violences intrafamiliales, sexuelles et des mutilations génitales. Parallèlement, le programme périnatal des soins intégrés, que nous mettons en place avec les entités fédérées, organise les soins et l'accompagnement de jeunes mères vulnérables. Ce programme met en lumière et prend en charge leurs éventuelles vulnérabilités psychosociales.

**22.03 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Je compte en effet sur votre volonté d'agir en faveur d'une meilleure reconnaissance de la différence féminine. J'insiste sur un point qui est essentiel à mes yeux, parce que la reconnaissance passe d'abord par la connaissance. La priorité est de donner aux femmes la place qui leur revient et que jusqu'ici elles n'ont pas. Ça dure depuis un petit moment. La première étape déterminante est celle des études cliniques et des essais thérapeutiques. Ça me paraît essentiel, parce qu'il faut vraiment cesser d'habiller les femmes avec des costumes taillés sur des mannequins masculins.

Je vous remercie.

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

**23** Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La kératopigmentation" (56007284C)

**23** Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Keratopigmentatie" (56007284C)

**23.01** **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, la presse alerte sur les dangers de la kératopigmentation, une intervention esthétique consistant à modifier artificiellement la couleur des yeux. Les spécialistes rappellent que cette pratique, encore peu connue du grand public, peut avoir des conséquences dramatiques: infections, glaucomes, cataractes, lésions irréversibles de la cornée, voire perte totale de la vue. Cette technique est promue à l'étranger, via internet et les réseaux sociaux, et attire notamment une clientèle jeune, en quête d'une transformation esthétique radicale. Elle semble échapper aujourd'hui à un cadre réglementaire clair, ce qui rend les patients particulièrement vulnérables.

Monsieur le ministre, la kératopigmentation est-elle actuellement autorisée ou pratiquée légalement en Belgique, et si oui, sous quelles conditions médicales et réglementaires? Dispose-t-on de données concernant le nombre d'interventions réalisées sur notre territoire et les complications médicales éventuelles signalées? Le gouvernement prévoit-il de renforcer l'encadrement légal de cette pratique, voire d'interdire formellement ces interventions à visée purement esthétique, compte tenu des risques graves identifiés? Enfin, envisagez-vous une campagne d'information et de sensibilisation à destination du grand public, en particulier des jeunes, afin de les mettre en garde contre les dangers de cette technique promue sur internet et les réseaux sociaux?

**23.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: La kératopigmentation est une procédure qui consiste à changer la couleur de l'iris en injectant des pigments dans la cornée. Initialement développée à visée thérapeutique pour la reconstruction d'iris traumatisés, cette technique est désormais également utilisée à des fins esthétiques. Même si elle est parfois appelée *corneal tattooing*, il ne s'agit pas d'un tatouage tel que défini par l'arrêté royal du 27 novembre 2005 réglant les tatouages et les piercings, qui dans son article 2 définit les tatouages comme: "l'opération consistant, par injection intradermique de produits colorants, à créer sur la peau une marque permanente et/ou durable ou un dessin permanent et/ou durable ou à intensifier les traits du visage". La kératopigmentation consiste en la création d'un tunnel intracornéen, à l'aide d'un laser femtoseconde, utilisé dans les chirurgies oculaires, suivi de l'injection de pigments colorés.

Cette technique tombe donc dans le champ d'application de la loi du 23 mai 2013, réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et des chirurgies esthétiques réglementant la publicité et l'information relative à ces actes.

Cette loi définit la médecine esthétique non chirurgicale comme: "tout acte technique médical non chirurgical réalisé à l'aide de tout instrument, substance chimique ou dispositif utilisant toute forme d'énergie comportant un passage à travers la peau ou les muqueuses et visant principalement à modifier l'apparence corporelle d'un patient à des fins esthétiques à l'exclusion de tout but thérapeutique ou reconstructeur". La même loi précise que seuls sont habilités à réaliser l'ensemble des actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale et de la chirurgie esthétique, les titulaires d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique ou de médecin spécialiste en chirurgie. Par ailleurs, les détenteurs de certains titres de médecin spécialiste sont également habilités à réaliser l'ensemble des actes, mais dans les limites du cadre anatomique de leur spécialité.

Ainsi, le médecin spécialiste en ophtalmologie peut réaliser l'ensemble des actes dans les limites de la région orbito-palpébrale. La législation belge est donc très claire et limitative: même à des fins strictement esthétiques, seuls les médecins spécialistes en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique, les ophtalmologues et les médecins spécialistes en chirurgie peuvent mettre en œuvre cette procédure.

Par ailleurs, la même loi régissant la médecine esthétique stipule que, préalablement à tout acte de

chirurgie esthétique ou de médecine esthétique non chirurgicale, le praticien responsable fournit les informations pertinentes aux patients et, le cas échéant, à ses représentants légaux.

Pour ce qui concerne les mineurs, les dispositions de la loi du 23 mai 2013 prévoient que les actes relevant de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique ne peuvent être réalisés sur un mineur que moyennant l'accord écrit des représentants légaux du mineur. De plus, tout acte relevant de la médecine esthétique non chirurgicale ou de la chirurgie esthétique sur un mineur doit faire l'objet d'une concertation préalable entre le mineur, ses représentants légaux et un médecin spécialiste en psychiatrie ou un psychologue.

Des sanctions pénales sont prévues en cas de non-respect du prescrit légal. Il me paraît qu'il y a actuellement donc suffisamment de garde-fous pour prévenir les risques liés à cette technique particulière. Mon administration ne dispose pas de chiffres concernant cette pratique, qui n'est pas prise en charge par l'assurance maladie-invalidité. Par ailleurs, aucune plainte n'est enregistrée à ce jour. Voilà ma réponse.

**23.03 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Réponse plutôt rassurante. Merci monsieur le ministre.

En effet, l'œil, c'est toute la personne et cela parle beaucoup plus que des mots. Et je pense que notre rôle, si on voit qu'effectivement il y a des plaintes – vous dites qu'il n'y en a pas, donc c'est très bien –, ce serait de rappeler à nos jeunes, avides d'expérience chromatique, que voir c'est aussi essentiel que d'être vu. Merci monsieur le ministre.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**24 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La nouvelle tendance des télines pour adultes sur les réseaux sociaux" (56007285C)**

**24 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De nieuwe trend van fopspenen voor volwassenen op de sociale netwerken" (56007285C)**

**24.01 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je parlerai encore des réseaux sociaux. On découvre en effet dans la presse l'émergence d'une nouvelle tendance sur ceux-ci: l'usage de télines pour adultes, présentées comme des "doudous" capables d'apporter réconfort et apaisement. Alors, oui, j'ai conscience que cette pratique puisse sembler anecdotique, mais elle soulève plusieurs préoccupations: des risques sanitaires liés à une utilisation prolongée (problèmes dentaires, impact sur la mâchoire, hygiène buccale); des risques psychologiques – sur lesquels je souhaitais mettre l'accent –, notamment chez des personnes fragilisées, pouvant renforcer des comportements de dépendance; une banalisation de comportements infantiles promus massivement par les réseaux sociaux, sans qu'aucune information claire soit fournie quant à leurs dangers.

Dès lors, monsieur le ministre, votre administration a-t-elle été informée de ce phénomène émergent et dispose-t-elle d'éléments d'évaluation relatifs à ses éventuels impacts sanitaires et psychologiques? Face aux nombreuses tendances virales qui apparaissent régulièrement sur les réseaux sociaux et qui peuvent mettre en danger la santé des citoyens, une réflexion est-elle menée au sein du gouvernement sur les actions à entreprendre?

**24.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, une tendance se dessine à travers laquelle des adultes recourent à des télines pour soulager le stress. Ce phénomène est parfois partagé sur les plateformes comme Tik Tok ou Instagram, souvent avec une touche humoristique ou nostalgique.

La diffusion de désinformations en matière de santé, tant somatique que mentale, est en effet constatée sur les réseaux sociaux. Elles proviennent le plus souvent de personnes sans formation médicale. Comme il s'agit d'un phénomène international, il semble presque impossible de l'endiguer complètement.

Je vous renvoie également à ma réponse à la question orale de Mme Depoorter, dans laquelle je soulignais l'importance de lutter contre cette pratique par l'information et la sensibilisation. Je me réfère

ainsi à certains comptes actifs dans la démystification des fausses croyances médicales. De telles initiatives peuvent être sans aucun doute complétées par des politiques de prévention à charge des entités fédérées. Dans le prolongement de cela, il paraît également pertinent d'examiner l'impact sanitaire de l'usage des écrans et des réseaux sociaux chez les jeunes. J'ai récemment sollicité l'avis du Conseil Supérieur de la Santé à ce sujet, qui sera encore publié cette année.

**24.03 Carmen Ramlot (Les Engagés):** Monsieur le ministre, comme je l'ai souligné, cette question était plutôt anecdotique. Même si ce problème présente des risques pour la santé, je souhaitais surtout mettre en lumière le mal-être, la frustration ainsi que l'angoisse éprouvés par certains adultes et donc l'état de la santé mentale de plusieurs Belges. Je vous remercie de votre vigilance et de ce que vous allez mettre en place pour y remédier.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**25 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La mise sur le marché du médicament contre l'obésité Wegovy" (56007287C)**

**25 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het in de handel brengen van het obesitasgeneesmiddel Wegovy" (56007287C)**

**25.01 François De Smet (DéFI):** *Monsieur le ministre, notre pays est marqué par un taux important d'obésité. Selon Healthy Belgium.be, 16 % des adultes belges seraient obèses, et cela représente un coût en termes de soins de santé chiffré à 1 015 euros par an soit pas moins de 1,48 milliard d'euros au niveau national, montant auquel il faudrait ajouter 2 015 euros par an en termes d'incapacité de travail, soit 1,21 milliard d'euros supplémentaires.*

*Selon l'enquête de santé de Sciensano, 49,3 % des adultes belges sont en surpoids (IMC supérieur à 25) et 15,9 % sont obèses (IMC supérieur à 30).*

*Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2025, les pharmacies peuvent délivrer, sur prescription, le médicament contre l'obésité Wegovy; ce médicament, dont l'efficacité est avérée, est spécifiquement destiné au traitement contre l'obésité, contrairement à deux autres, l'Ozempic et le Mounjaro, destinés au traitement du diabète de type 2, le premier d'entre eux étant frappé à votre initiative depuis fin 2023 de restrictions de prescription en raison d'une forte demande de celui-ci pour traitement de régimes amaigrissants.*

*Il me revient que la société pharmaceutique danoise fabricante du Wegovy a déposé une demande de remboursement de ce médicament (qui coûte plus de 100 euros pour sa première dose) auprès de l'INAMI.*

*À cet égard, les deux autres médicaments précités (à base de sémaglutide, principe actif qui restreint l'appétit), remboursés dans le cadre d'un traitement contre le diabète ont fait l'objet, selon la presse néerlandophone, de près de 76 millions d'euros en 2024 (trois fois plus qu'en 2021)*

*En conséquence, monsieur le ministre peut-il me faire savoir si il confirme l'information selon laquelle une demande de remboursement a bien été introduite pour le Wegovy? Dans l'attente, et conformément à l'accord Arizona qui entend développer des programmes pour les enfants atteints d'obésité, si les trajets de soins obésité infantile sont bel et bien maintenus? Si des programmes spécifiques pour les adultes sont envisagés, sans préjudice du remboursement ou non du Wegovy?*

**25.02 Frank Vandenbroucke, ministre:** Monsieur De Smet, le 30 mai dernier, Novo Nordisk a introduit à la Commission de remboursement des médicaments (CRM) de l'INAMI une demande de remboursement pour Wegovy. Actuellement, cette procédure de demande est suspendue en *clockstop* à la demande de la firme après la présentation du rapport jour 60 à la CRM du 8 juillet dernier.

L'accord de gouvernement fédéral prévoit en effet la mise en œuvre intégrale des engagements du plan interfédéral et le protocole d'accord du 8 novembre 2023. C'est dans ce cadre que le programme destiné aux enfants obèses est actuellement élaboré. L'objectif est de mettre en place un modèle de soins *step care* pour le programme de soins et d'accompagnement. Le *kick-off* de la collaboration

interfédérale sur ce sujet a eu lieu le 26 mai.

L'ambition est, d'une part, de créer un programme interfédéral offrant des soins et un accompagnement aux enfants et aux adolescents souffrant de surpoids et d'obésité et, d'autre part, un plan pour un milieu de vie sain pour les enfants et les jeunes. Les actions prioritaires sont actuellement en cours de recensement en vue de la concertation avec les parties prenantes. Il est prévu que le trajet de soins contre l'obésité actuellement mis en œuvre dans les 24 Centres pédiatriques multidisciplinaires de prise en charge de l'obésité (CPMO) et offrant des soins personnalisés aux enfants et aux jeunes souffrant d'obésité fassent partie du programme interfédéral.

Des discussions exploratoires sont actuellement en cours concernant la prise en charge de l'obésité chez les adultes, mais elles en sont encore à un stade préliminaire.

**25.03 François De Smet** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces éléments d'information.

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

**26 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zorgsector als mikpunt van cyberaanvallen in België" (56007293C)**

**26 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le secteur des soins ciblé par des cyberattaques en Belgique" (56007293C)**

**26.01 Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, recente cijfers tonen aan dat organisaties in de gezondheidszorg het meest geviséerd worden door cybercriminelen, met gemiddeld 2.620 aanvallen per week in België. Wereldwijd zien we een algemene toename met 21 % van cyberaanvallen, terwijl de toename in België 17 % bedraagt. Daarnaast is er ook een wijzigende trend in de aanvalstechnieken. Waar er vroeger vooral gebruik werd gemaakt van ransomware, zien we nu een toenemend gebruik van artificiële intelligentie en informatiediefstal.

U gaf eerder al aan dat de omzetting van de NIS2-richtlijn ertoe leidt dat ziekenhuizen een meldingsplicht hebben met betrekking tot dergelijke aanvallen – dat is in voege sinds 18 oktober 2024 – en dat er ondersteuning wordt voorzien voor risicoanalyses. Uit uw antwoord bleek ook dat enkele ziekenhuizen inmiddels melding hebben gedaan van incidenten en dat ISO-certificatie kan dienen om conformiteit aan te tonen.

Hoeveel meldingen van cyberincidenten zijn er sinds de inwerkingtreding van de meldingsplicht in oktober 2024 effectief gedaan? Betreft dit uitsluitend ziekenhuizen of ook ambulante praktijken? Kunt u aangeven of bepaalde ziekenhuizen of ambulante praktijken vaker het doelwit zijn geweest van aanvallen?

Worden er systematisch analyses gemaakt van de aard van deze incidenten? Kunt u dit verder specificeren en toelichten welke trends men kan vaststellen?

Wordt er ook nagegaan wat de concrete impact van deze cyberincidenten is op de werking van de betrokken ziekenhuizen of praktijken?

Hebt u zicht op de herkomst van deze aanvallen en de bedoeling ervan?

Zijn er gevallen bekend waarbij ziekenhuizen of praktijken betalingen hebben gedaan om opnieuw toegang te krijgen tot hun systemen?

In welke mate zijn ziekenhuizen momenteel effectief conform aan de NIS2-verplichtingen? Kunt u cijfers geven over het aantal instellingen dat al een risicoanalyse heeft uitgevoerd en gecertificeerd is?

**26.02 Minister Frank Vandenbroucke:** De vraag gaat over de toepassing van de wet van 26 april 2024 tot vaststelling van een kader voor de cyberbeveiliging van netwerk- en informatiesystemen van

algemeen belang voor de openbare veiligheid, de NIS2-wet, die in ons land de NIS2-richtlijn van het Europees Parlement en de Raad van 14 december 2022 vertaalt. Het doel van de NIS2-wet is het versterken van maatregelen op het gebied van cyberveiligheid, incidentbeheer en toezicht voor entiteiten die diensten leveren die essentieel zijn voor het in stand houden van kritieke maatschappelijke of economische activiteiten. De wet heeft ook als doel de coördinatie van het overheidsbeleid op het gebied van cyberveiligheid te verbeteren.

Artikel 34 van deze wet voorziet in een verplichting om incidenten te melden. De wet specificeert eveneens welke instanties zijn opgericht om die meldingen te ontvangen, cyberdreigingen, kwetsbaarheden en incidenten te monitoren en te analyseren, te reageren op incidenten en bijstand te verlenen aan de betrokken essentiële en belangrijke entiteiten. Die organen zijn het Centrum voor Cybersecurity België en het Nationaal Crisiscentrum.

De sectorale overheid voor de gezondheidszorg ontvangt de meldingen die door het CCB worden doorgestuurd. Ze bekijkt die meldingen in de sectorale context van bedreigingen en impact, maar niet met de bedoeling individuele incidenten op te volgen. Dat behoort immers tot het takenpakket van het CCB in de uitvoering van zijn verschillende opdrachten voor NIS2.

Tot op heden zijn er vijftien meldingen geregistreerd bij de sectorale overheid voor de gezondheidszorg. Organen die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van een incident zijn niet specifiek voor de ziekenhuis- of gezondheidssector, en hun rol bij cyberbeveiligingsincidenten heeft betrekking op alle sectoren die onder de NIS2-richtlijn vallen.

We hebben uw vragen aan het CCB gericht en we zullen u de informatie bezorgen zodra we die hebben ontvangen.

**26.03 Frieda Gijbels (N-VA):** Mijnheer de minister, ik begrijp dat er nog antwoorden volgen. Worden die automatisch toegestuurd of moeten wij daar nog eens naar informeren?

**26.04 Minister Frank Vandenbroucke:** Nee, ik zal proberen mij zo te organiseren dat wij u de informatie toesturen.

**26.05 Frieda Gijbels (N-VA):** Dat is heel fijn.

Ik ben een grote voorstander van nieuwe technologieën en digitalisering. Die kunnen de gezondheidszorg beter, efficiënter, goedkoper en slimmer maken. Ze maken ons echter ook kwetsbaar voor aanvallen, zowel door individuen als door mogendheden die ons niet gunstig gezind zijn.

Het is daarom essentieel een strategie te ontwikkelen om die technologieën en uiteindelijk ook onze bevolking te beschermen. Het zijn immers de burgers die het doelwit vormen van dergelijke inbreuken. Ik ben benieuwd naar de cijfers die in voorbereiding zijn en hoop spoedig meer te vernemen over een strategie waarmee wij al onze zorginstellingen optimaal kunnen beveiligen. Dank u wel.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**27 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les maladies rares" (56007297C)**

**27 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Zeldzame ziekten" (56007297C)**

**27.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés):** Monsieur le ministre, cette thématique me tient, tout comme vous, à cœur. Je vous avais déjà interrogé à ce sujet en novembre 2024. Vous m'aviez alors répondu que le nouveau plan était en cours d'élaboration par le SPF et que les recommandations de RaDiOrg sont prises en compte dans le travail pour l'élaboration d'un nouveau plan belge pour les maladies rares.

L'accord de gouvernement fait explicitement référence au développement d'un nouveau plan Maladies rares et prévoit d'agir pour les patients souffrant de maladies rares avec, notamment, un diagnostic plus précoce, une orientation plus rapide, une meilleure coordination des soins et la simplification des

démarches administratives.

En mars dernier, vous avez également partagé différentes informations en commission, notamment votre volonté de confier aux hôpitaux universitaires un rôle central et de coordination dans la mesure où ils seraient chargés de cartographier les lieux d'expertise en matière de maladies rares et d'orienter les patients dans le paysage des soins de santé, et la nécessité d'améliorer et de mieux structurer l'enregistrement des données.

Monsieur le ministre, six mois se sont écoulés depuis ces dernières réponses. Où en est donc la rédaction de ce nouveau plan? Pourriez-vous nous faire part de l'état des lieux des mesures mises en œuvre ces derniers mois? Disposez-vous d'un calendrier pour les prochains mois des actions que vous comptez mener pour concrétiser l'accord de gouvernement? Pourriez-vous nous éclairer quant à la concertation déjà menée et celle éventuellement prévue dans les prochains mois avec les associations de patients? Qu'en est-il de la concertation avec les autres niveaux de pouvoir à ce sujet?

**27.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur Gatelier, merci pour cette question et l'attention constante que vous portez à la thématique des maladies rares qui, en effet, mérite une mobilisation forte et continue et qui est pour moi une priorité.

Comme vous le soulignez, l'accord de gouvernement prévoit explicitement le développement d'un nouveau plan national pour les maladies rares avec des objectifs clairs: un diagnostic plus précoce, une orientation plus rapide, une meilleure coordination des soins et une simplification des démarches administratives. Je peux vous confirmer que le travail de rédaction de ce nouveau plan bat actuellement son plein.

Au printemps dernier, mes administrations ont mis en place deux structures essentielles. D'une part, un comité de rédaction composé du SPF Santé publique, de l'INAMI, et de la cellule stratégique de mon cabinet.

D'autre part, un groupe de travail élargi, réunissant des représentants de patients, des fonctions Maladies rares, Sciensano, la Fondation Roi Baudouin, ainsi que les membres du comité de rédaction. Ce groupe de travail se réunit une fois par mois et contribue activement à la rédaction du plan, tant par des échanges en réunion que par des contributions écrites via une plateforme collaborative. Le comité de rédaction est continuellement actif dans le travail de rédaction du plan. Des réunions régulières sont prévues d'ici la fin de l'année avec les *stakeholders*, avec pour objectif d'aboutir à un plan consolidé en décembre 2025.

Parallèlement à ce travail de rédaction, des actions concrètes sont déjà en cours. Un exercice de cartographie de l'expertise disponible en Belgique en matière de maladies rares est en développement, en collaboration avec les fonctions Maladies rares et les représentants des patients. Ce travail vise à rendre cette expertise plus visible et accessible, tant pour les patients que pour les prestataires de soins. Il servira également de base pour améliorer l'organisation des soins. Nous souhaitons finaliser cette cartographie d'ici l'été 2026.

Je tiens à souligner que les associations de patients sont pleinement impliquées dans le groupe de travail pour la rédaction du plan Maladies rares, ainsi que pour l'exercice de cartographie de l'expertise et contribuent activement à toutes les étapes du processus.

Quant à la concertation avec les autres niveaux de pouvoir, elle est prévue dans une phase ultérieure. Dans un premier temps, les efforts sont concentrés sur les actions qui relèvent des compétences fédérales.

En résumé, le processus est bien engagé, structuré et participatif. Nous avançons avec détermination pour concrétiser les engagements de l'accord de gouvernement et améliorer durablement la prise en charge des personnes atteintes de maladies rares.

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

Je suis heureux d'entendre que nous ne sommes pas demeurés en reste et que le processus avance bien, grâce notamment aux associations dont RaDiOrg qui est très active et impliquée sur ce sujet.

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

**28** Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les quotas INAMI pour les médecins formés à l'étranger" (56007298C)

**28** Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De RIZIV-quota voor in het buitenland opgeleide artsen" (56007298C)

**28.01** Jean-François Gatelier (Les Engagés): Il s'agit d'une question courte mais qui est importante pour les médecins et les quotas INAMI. Le 16 mai dernier, le Conseil des ministres approuvait les quotas de médecins pour l'année 2031 et les quotas de dentistes pour 2030. Ce jour-là, le Conseil des ministres a également décidé de mieux tenir compte de l'impact sur les quotas nationaux de l'afflux de prestataires de soins avec un diplôme étranger, comme cela était prévu dans l'accord de gouvernement. Vous vous êtes engagés à "soumettre une demande d'avis à la Commission de planification à cet effet. Il en sera tenu compte pour définir les quotas à partir de l'année prochaine."

Monsieur le Ministre, avez-vous effectivement soumis une demande d'avis à la Commission de planification, et à quelle date? Dans quel délai la commission de planification soumettra-t-elle cet avis?

**28.02** Frank Vandenbroucke, ministre: Une demande d'avis relative à la détermination des prochains quotas a bien été adressée à la Commission de planification. Cette demande concerne les quotas de dentistes qui seront d'application en 2031 et les quotas de médecins qui seront d'application en 2032. Après la période estivale, les groupes de travail dentistes et médecins se réuniront afin de poursuivre leurs travaux respectifs.

Concernant les dentistes, le groupe de travail est chargé de finaliser l'exercice de planification d'ici la fin de l'année. En ce qui concerne les médecins, de nouvelles données viennent d'être réceptionnées. Celles-ci doivent encore être analysées pour l'ensemble des spécialités médicales. Par conséquent, l'avis relatif au quota de médecins est attendu pour le début de l'année prochaine.

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

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

**29** Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La sensibilisation des patients aux dépenses de santé" (56007299C)

**29** Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het sensibiliseren van de patiënten voor de gezondheidsuitgaven" (56007299C)

**29.01** Jean-François Gatelier (Les Engagés): Nous en avons parlé ce matin. Ce sujet me tient à cœur également.

*Monsieur le ministre, au sein des Engagés, nous avons toujours plaidé pour une responsabilisation de l'ensemble des acteurs et pour une solidarité envers les personnes confrontées à des difficultés et problèmes de santé.*

*Dans le secteur de la santé, cette responsabilisation concerne non seulement les autorités mais aussi les acteurs économiques, les institutions de soins, les mutuelles, les prestataires de soins et les patients. Mais souvent, ces derniers ne sont pas suffisamment informés des coûts réels de leurs soins de santé.*

*Monsieur le ministre,*

*Quelles mesures concrètes comptez-vous mettre en œuvre en vue de sensibiliser les patients aux dépenses des soins de santé qui sont financés par la collectivité?*

*Avez-vous défini un calendrier?*

*Quel rôle les mutualités peuvent-elles jouer dans l'information des patients quant aux coûts des soins de santé?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

**29.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Je partage votre point de vue selon lequel les patients doivent avoir une idée des coûts réels de leurs soins de santé. Il est donc important qu'ils aient accès non seulement au montant des tickets modérateurs et des suppléments, mais aussi au montant qui est remboursé. Comme vous le dites, cette responsabilité est un combat de nombreux acteurs, dont les mutualités et les pouvoirs publics.

Plusieurs mesures ont déjà été prises à cet effet. Les dispensateurs de soins doivent remettre au patient, dans certaines situations, un document justificatif qui lui indique clairement le montant à payer, l'intervention de la mutualité, etc.

C'est obligatoire dans les cas suivants: si un dispensateur de soins atteste des prestations remboursables avec des prestations non remboursables, c'est-à-dire des prestations pour lesquelles l'assurance soins de santé n'intervient pas, depuis le 9 juin 2022; si un dispensateur de soins atteste des prestations exclusivement non remboursables, c'est-à-dire des prestations pour lesquelles l'assurance soins de santé n'intervient pas; si un dispensateur de soins atteste électroniquement, une transmission électronique de données par ce dernier à la mutualité de son patient remplace l'attestation de soins donnés (ASD) en version papier, dans ce cas, le dispensateur de soins ne remet pas d'ASD papier au patient et le document justificatif permet au patient d'être informé.

En conclusion, seule l'attestation (...) papier de prestations exclusivement remboursables n'entraîne pas d'obligation de remise d'un document justificatif. Dans ce cas, le montant qui doit être payé par le patient doit être mentionné sur la partie "reçu" de l'attestation de soins donnés.

La loi du 27 octobre 2021 impose aux dispensateurs de soins d'afficher les tarifs de leurs prestations de soins les plus courantes, déterminées au niveau de l'ensemble de la discipline. En effet, quand un patient reçoit les soins, il est important qu'il sache ce qu'il devra payer. De cette manière, il peut prendre une décision concernant son traitement en connaissance de cause. C'est pourquoi nous avons donc conçu des affiches grâce auxquelles vous pouvez facilement informer vos patients des tarifs des prestations de soins les plus courantes par discipline. Ces affiches ont été réalisées en collaboration avec la commission sectorielle.

Les affiches contiennent toutes les informations que le dispensateur devra communiquer clairement à ses patients avant de lui administrer des soins, et ce pour les prestations les plus courantes de sa discipline: informations générales, s'il est conventionné complètement, partiellement ou pas, les montants par prestation de l'intervention de l'assurance obligatoire, le ticket modérateur du patient, le cas échéant, le supplément maximal, ainsi que le total de ces montants.

Finalement, les mutualités fournissent également beaucoup d'efforts pour sensibiliser leurs membres, et nous continuons à travailler dans ce sens. Au cours de l'année 2026, nous continuerons à travailler à la transparence des informations de facturation et autres pour les assurés sociaux, via un environnement organisme assureur (...), comme indiqué dans le plan stratégique 2025-2030 du Service des soins de santé de l'INAMI. À cette fin, certaines données seront ajoutées par les organismes assureurs dans les comptes de leurs membres.

**29.03 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Merci pour votre réponse. C'est vraiment très important. Je ne sais pas si vous dites la même chose en néerlandais: nous disons "la santé n'a pas de prix". Mais si, justement, la santé a un prix, et c'est donc bien que le patient puisse connaître exactement les dépenses relatives à ses soins. Je me souviens qu'avant que le tiers payant existe, on payait entièrement sa consultation et on prenait conscience de la valeur de sa consultation.

Je ne remets pas en question le tiers payant, je suis pour. Or c'était le côté néfaste du tiers payant: celui de croire que la santé n'avait plus de prix, était gratuite. Non, il y a toujours quelqu'un qui paye. Et ici, c'est bien sûr l'État.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**30** Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les mutuelles" (56007312C)

**30** Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ziekenfondsen" (56007312C)

**30.01** **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, les mutuelles sont un acteur important de notre système de santé, notamment dans le cadre de la concertation avec les prestataires de soins, de l'information ainsi que de l'accompagnement des patients. Toutefois, des critiques se font régulièrement entendre concernant le rôle et la gouvernance des mutualités dans notre système de soins: des problèmes de transparence ainsi que des conflits d'intérêts sont notamment évoqués. Face à la nécessité de repenser le rôle des mutualités, les partenaires de l'Arizona ont prévu, dans l'accord de gouvernement, qu'un nouveau pacte avec les mutualités sera élaboré".

Nous pensons en effet qu'une démarche constructive de réflexion et de co-construction d'un nouveau plan avec les mutuelles est le plus pertinent. Il convient de repenser le rôle des mutuelles dans la société d'aujourd'hui. À titre d'exemple, la numérisation doit être l'occasion de renforcer la collaboration entre les mutualités en matière de gestion des données et des technologies de l'information, en prêtant une attention particulière à l'accessibilité pour les personnes les plus vulnérables et à la réduction de la fracture numérique. De plus, leur rôle d'information, d'accompagnement, mais aussi de sensibilisation des membres, notamment au sujet de leurs droits et du coût des soins, doit également être repensé, tout comme leur rôle dans la prévention et la promotion de la santé.

Monsieur le ministre, la concertation avec les mutualités en vue de la rédaction d'un nouveau pacte a-t-elle déjà commencé? Quel est le calendrier de cette concertation? Quelles en sont les modalités? Les grandes lignes de ce nouveau plan ont-elles déjà été définies? Si oui, quelles sont-elles? Quand espérez-vous pouvoir présenter ce nouveau plan?

**30.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, comme vous le relevez à juste titre, les mutuelles sont l'un des piliers de notre système de soins de santé. Leurs missions sont nombreuses, variées et essentielles.

Un premier pacte a été conclu en 2016 entre tous les organismes assureurs, l'INAMI, l'Office de contrôle des mutualités et la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de l'époque, Mme Maggie De Block. Il a permis la définition concertée de plusieurs objectifs à court, moyen et long termes pour les organismes assureurs, en partenariat avec les administrations compétentes. Il a ainsi posé les balises de réformes importantes qui ont pu être accomplies, que ce soit en termes de gouvernance mutualiste, de transparence, de mise à disposition des données relatives aux soins de santé, de participation à l'élaboration et à la mise en œuvre des plans d'action en matière de contrôle des soins de santé, etc.

À la suite de cette expérience positive, il a semblé utile de prévoir la conclusion d'un nouveau pacte pour les années à venir, ce qui s'est traduit par l'extrait que vous citez, issu de la déclaration gouvernementale. Cela étant, vous n'ignorez pas que de très nombreuses réformes d'envergure, à l'échelle de l'ensemble de notre système de soins de santé, sont en cours. Par ailleurs, plusieurs points spécifiques de la déclaration gouvernementale prévoient la mise en place d'une série de mesures de responsabilisation accrue des organismes assureurs. Ces mécanismes sont actuellement élaborés et mis en œuvre. Il s'agit donc à ce stade de priorités à court terme auxquelles je souhaite que les organismes assureurs et les administrations compétentes se consacrent. Une fois que ces réformes seront suffisamment avancées – et soyez assurée que tout est mis en œuvre pour que ce soit le cas le plus rapidement possible – la concertation avec les organismes assureurs sera lancée, afin d'aboutir à un nouveau pacte.

Sans que les lignes de force n'aient déjà été arrêtées, puisque les discussions n'ont pas encore

commencé, je peux d'ores et déjà vous dire que le pacte inclura, d'une part, les aspects de la déclaration gouvernementale qui n'auront pas encore été réalisés et, d'autre part, le renforcement de la gouvernance, de la transparence, de l'efficacité et de la qualité des services rendus aux patients et à l'État.

**30.03 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous avez fait part de grandes ambitions de réforme pour cette législature. Vous poursuivez un double objectif, et nous vous soutenons dans le principe de cette démarche. Ici, il s'agit de faire des économies où c'est possible et légitime en vue de mieux affecter nos moyens limités. Mais il s'agit aussi d'améliorer le fonctionnement de notre système de santé au bénéfice de la santé de l'ensemble des Belges.

Il s'agit de mener cette réforme sans sacrifier aucun de ses objectifs sur l'autel de l'autre: pas de réforme sans maîtrise des coûts, mais pas de coupe sombre dans les coûts sans assurer la viabilité du système.

Pour tenir cette gageure, la coopération des mutuelles est indispensable. Elles sont au cœur du système, au milieu du jeu. Certains voient en elles des ogres à l'appétit insatiable et voudraient les mettre à l'écart. C'est une erreur fondamentale, la même erreur que ceux qui veulent, en Europe par exemple, réformer l'agriculture sans les agriculteurs ou contre eux.

Les mutuelles ont sans doute des défauts qu'il faut corriger, des faiblesses qu'il faut combler. Le monde est vivant, et les structures doivent bouger et s'adapter. Mais cela, il faut le faire avec les mutuelles, pas sans elles ni contre elles. Elles sont – et seront – dans cette démarche non pas une victime expiatoire, mais un partenaire central et irremplaçable.

L'accord Arizona annonce en ce sens un nouveau pacte avec elles. Ce pacte, nous l'attendons, car c'est cela le bon chemin de la réforme.

Je vous remercie, monsieur le ministre.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**31 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La pénurie de sang" (56007314C)**

**31 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het tekort aan donorbloed" (56007314C)**

**31.01 Carmen Ramlot** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, les récents appels lancés par la Croix-Rouge mettent en lumière une pénurie de sang aggravée par la circulation en Europe de moustiques vecteurs de maladies comme la dengue et le chikungunya. Certains dons doivent être écartés ou soumis à de nouveaux tests, ce qui accentue la pression sur les stocks.*

*Quelles sont les données les plus récentes concernant l'impact des arboviroses (dengue, chikungunya, Zika) sur la disponibilité et la sécurité des dons de sang en Belgique?*

*Quels dispositifs de surveillance et de dépistage spécifiques sont actuellement mis en place, en concertation avec la Croix-Rouge et Sciensano, pour prévenir une contamination transfusionnelle?*

*La Belgique envisage-t-elle d'intégrer de manière systématique des tests de dépistage pour ces virus dans le cadre des collectes de sang, comme cela se fait déjà dans certains pays voisins?*

*Quelles mesures de communication et de sensibilisation sont prévues pour inciter davantage de citoyens à donner leur sang malgré ces contraintes, afin d'éviter que les hôpitaux ne connaissent une pénurie critique?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

**31.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Votre première question porte sur l'impact des arbovirus sur les dons de sang en Belgique. Il n'y a actuellement aucun impact significatif des arbovirus tels que le virus Zika, la dengue, le chikungunya et le virus du Nil occidental sur la disponibilité ou la sécurité des

dons de sang en Belgique. La situation est suivie de près et des mesures de précaution ciblées sont mises en œuvre si nécessaire, telles que l'exclusion temporaire des candidats donneurs ayant récemment séjourné dans des régions d'Europe présentant des *clusters* actifs du virus.

Les chiffres actuels concernant les stocks de sang disponible sont publiés chaque semaine sur le site de l'AFMPS. La réserve de sang en Belgique est actuellement presque optimale. On constate toutefois chaque année une légère baisse de stock pendant et juste après les mois d'été, principalement en raison d'un nombre réduit de donneurs pendant les vacances. Pour compenser cette baisse temporaire, les établissements de transfusion sont encouragés à anticiper en constituant des réserves suffisantes à l'avance.

Deuxièmement, abordons les mesures de surveillance et de dépistage. La surveillance épidémiologique des arbovirus en Belgique est assurée par Sciensano, en collaboration avec l'Institut de médecine tropicale et le Centre national de référence. À l'échelle européenne, cette surveillance est coordonnée par le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC). L'AFMPS se base sur les données de l'ECDC, y compris les cartes de suivi et les mises à jour hebdomadaires, pour établir des notes d'information ciblées à destination des établissements belges de transfusion.

Ces notes informent sur la situation épidémiologique la plus récente et imposent, conformément aux directives européennes, des mesures d'exclusion temporaire aux candidats donneurs ayant récemment séjourné dans les régions ou communes avec des foyers actifs du virus. Pour la dengue, le chikungunya et le virus du Nil occidental, une période d'exclusion de 28 jours après le retour d'une zone infectée est appliquée. Pour le virus du Nil occidental, un test individuel d'amplification des acides nucléiques peut également être réalisé si un don est envisagé malgré cette exclusion.

La liste des régions concernées par ces mesures est disponible sur le site de l'AFMPS.

Concernant le test de dépistage systématique, actuellement, aucun dépistage systématique d'arbovirus n'est réalisé en Belgique. L'approche actuelle repose sur l'exclusion basée sur les risques et le dépistage ciblé en fonction de la situation épidémiologique et des recommandations européennes.

La quatrième question portait sur la communication et la sensibilisation à la question des dons de sang. Conformément à l'article 4 de la loi du 5 juillet 1994, les établissements de transfusion sont responsables de l'organisation des campagnes de sensibilisation et de la garantie de la continuité de l'approvisionnement en sang. Ils disposent du mandat et des canaux de communication nécessaires pour mener des actions ciblées en cas de pénurie imminente, notamment via des réseaux sociaux, les newsletters et les médias locaux. Le soutien des autorités publiques se manifeste par des lignes directrices et par la diffusion d'informations, mais l'initiative des actions de recrutement repose principalement sur les établissements eux-mêmes.

**31.03 Carmen Ramlot** (Les Engagés): C'était très complet. Je vous remercie.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**32 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le stock stratégique" (56007316C)**

**32 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strategische stock" (56007316C)**

**32.01 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, en ce qui concerne le stock stratégique, l'accord de gouvernement indique: "En tant qu'autorité publique, nous devons veiller à ce que notre système de santé soit prêt à faire face à tout type de menace, qu'elle soit chimique, biologique, radiologique ou nucléaire. Nous veillons à la constitution d'un stock stratégique interfédéral de médicaments, mais aussi de dispositifs médicaux, de vaccins et d'équipements de protection individuelle pour une gestion des stocks efficace et moderne et prévoyons un financement récurrent à cet effet."

Monsieur le ministre, comment se passe la concertation et la coordination entre les différents niveaux de pouvoir au sujet de ce stock interfédéral? Comment les responsabilités sont-elles réparties entre les

différentes autorités? Quelles sont les modalités de gestion de ces stocks afin, notamment, d'éviter de nouvelles destructions de matériel comme par le passé?

**32.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Les stratégies liées aux stocks sont discutées au sein de la Plateforme stock pharmaceutique stratégique (PSPS), à laquelle participent la Fédération des établissements médico-pharmaceutiques et sociaux (FEMPS), la Défense, le Centre de crise national (NCCN), ainsi que le SPF Santé publique, via la Cellule d'appui stratégique - Coordination de l'approvisionnement en médicaments et équipements (SPS-CAE). Des recommandations sont ensuite formulées à l'attention du ministre de la Santé publique.

À l'heure actuelle, l'opérationnalisation des stocks stratégiques est assurée par le SPS-CAE. Un projet de collaboration civile-militaire pour la gestion du stock stratégique est en cours de discussion.

Troisièmement, nous participons à des groupes de travail au niveau européen concernant les aspects légaux liés à des extensions de durée de vie des produits, ainsi que la mise en place de stocks rotatifs. Nous essayons dans la mesure du possible, de favoriser les contrats de stocks rotatifs. Nous disposons également de contrats de réservation de capacité de production pour des vaccins pandémiques.

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

Je suis d'un naturel très optimiste, notamment parce que je crois en la vertu et au pouvoir de l'action. Je ne voudrais pas faire l'oiseau de mauvais augure ni jouer les prêche-malheurs, mais l'optimisme qui est le mien s'exerce avec les yeux ouverts. C'est un optimisme lucide et donc prudent.

Ce n'est pas un optimisme de ceux qui, les yeux fermés, ânonnent "tout ira bien, tout ira bien". C'est plutôt un optimisme réaliste. Il faudrait être aveugle pour ne pas voir que le contexte politique n'est guère rassurant et que les perspectives ne le sont pas davantage.

Comme vous le savez, gouverner c'est prévoir et prévoir c'est anticiper, anticiper le pire en visant le meilleur. Les stocks de médicaments et d'équipements sont les outils de cette stratégie d'anticipation sans laquelle nous serions non seulement naïfs mais aveugles.

Je vous remercie pour votre intérêt.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**33 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réhospitalisation des jeunes mamans et de leur nourrisson" (56007317C)**

**33 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De heropname in het ziekenhuis van pas bevallen vrouwen en hun baby" (56007317C)**

**33.01 Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, à l'heure actuelle, les jeunes mamans quittent souvent rapidement l'hôpital après leur accouchement. Cependant, lorsqu'elles ont un problème de santé, la mère et le nouveau-né doivent être réhospitalisés peu après la sortie de la maternité. Plusieurs difficultés apparaissent. Un service pédiatrique ne prend pas en charge la mère, tandis qu'un service adulte non spécialisé en obstétrique n'est pas toujours adapté pour la maman en postpartum et, surtout, ne prend pas en charge le nouveau-né. La réadmission de la mère et du nourrisson en maternité paraît logique parce qu'il s'agit du service qui, par essence, prend à la fois soin de la maman et de son bébé. Mais, dans les faits, les maternités sont organisées pour accueillir les accouchements et non les réhospitalisations ultérieures.

Monsieur le ministre, ne pensez-vous pas qu'il serait opportun de permettre la réhospitalisation de la jeune maman et de son nourrisson au sein du service de maternité pour une prise en charge globale de ce duo plutôt que dans un service qui ne prendra en charge que l'un des deux? Une réflexion est-elle menée à ce sujet tant au sein de la Conférence interministérielle (CIM) de la Santé qu'avec les acteurs concernés?

**33.02 Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Ramlot, il est exact qu'aujourd'hui, les jeunes mères quittent souvent rapidement l'hôpital après leur accouchement. Dans des cas exceptionnels, une complication médicale peut toutefois survenir et nécessiter une réadmission de la maman, du bébé ou des deux. Les chiffres disponibles montrent cependant qu'il s'agit d'un nombre très limité de situations.

En 2023, on a enregistré un total de 110 770 naissances. Cette même année, on a comptabilisé 1 356 réadmissions classiques et 1 663 hospitalisations de jour de mères en période postpartum. Cela représente moins de 3 % des mères et à peine 1 % en ne prenant pas en compte les hospitalisations de jour. Cette situation est donc très minoritaire.

La grande majorité de ces femmes entrent d'ailleurs via le service des urgences. Il ne s'agit donc pas toujours d'un séjour prolongé ou d'une nuit passée à l'hôpital. Le plus souvent, les mamans concernées peuvent être prises en charge en journée et puis rentrer à domicile.

Lorsque la réadmission est due à une complication postpartum, il peut être indiqué d'examiner la possibilité que la mère et l'enfant soient hospitalisés ensemble en maternité. Cela peut contribuer à assurer une continuité des soins et un suivi intégré de la mère et du nouveau-né, pour autant que cela soit sûr et réalisable dans l'organisation de l'hôpital.

Il est également important de souligner que la réadmission de la maman n'est pas toujours liée à des complications postnatales. Elle peut aussi concerner d'autres problèmes médicaux nécessitant un traitement spécialisé, indépendamment de l'accouchement. En cas de réadmission pour d'autres problèmes de santé, le principe reste que les besoins de soins de la mère priment. Dans ces situations, il est souvent préférable qu'elle soit admise dans un service spécialisé familial avec la problématique médicale.

C'est une garantie de recevoir les meilleurs soins possibles. Si, dans ce cadre, une séparation temporaire est nécessaire, l'hôpital peut prévoir un accompagnement afin d'aider les parents à organiser les aspects pratiques et de faire en sorte que la séparation soit la plus brève possible. Notons qu'une réadmission en maternité n'est pas toujours indiquée. En effet, cela comporte un risque d'introduire des germes pathogènes dangereux pour les nouveau-nés et les femmes en postpartum. Par ailleurs, une maternité n'a pas toujours l'expertise ou les moyens requis pour répondre aux besoins spécifiques de la mère lors d'une réadmission. Inversement, il peut également être risqué d'accueillir un bébé dans un autre service où la mère est hospitalisée. Il existe en effet un risque accru d'exposition à des germes dangereux pour un nouveau-né. En outre, la présence d'un bébé dans un tel service n'est envisageable que dans une chambre individuelle afin de garantir la sécurité de l'enfant et le confort des autres patients du service.

La problématique que vous soulevez s'inscrit dans une réflexion plus large sur l'organisation de la période postpartum et le suivi de la mère et de l'enfant au sein de la CIM Santé publique, mais aussi en concertation avec les acteurs concernés, les professionnels de la santé, les institutions et organisations de pension.

Des travaux sont menés en continu afin d'apporter des solutions qui garantissent à la fois la continuité et la qualité des soins pour les jeunes femmes.

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

Vous dites que moins de 3 % des mères sont réadmisées. Mais avoir un enfant n'a pas lieu tous les jours et entraîne souvent une détresse psychologique, ce qui est tout à fait normal. Selon moi, il est beaucoup plus rassurant pour la maman et l'enfant de retourner là où elle était. C'est du bon sens et le bon sens, c'est un levier puissant, monsieur le ministre. Je pense que parfois, au-delà des chiffres, il faut se laisser guider par son bon sens.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

La **présidente**: La question n° 56007369C de M. Patrick Prévot ainsi que la question n° 56007390C de M. Vincent Van Quickenborne sont reportées.

**34** Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les effets indésirables liés à la vaccination contre la grippe" (56007405C)

**34** Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ongewenste bijwerkingen van de griepvaccinatie" (56007405C)

**34.01** **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, depuis 2023, les pharmaciens sont habilités à vacciner contre la grippe, pour autant qu'ils satisfassent à certaines conditions de formation. Cette mesure avait fait l'objet de vives discussions entre prestataires de soins lorsqu'elle avait été adoptée. Les questions de la qualité des soins et du suivi des patients, mais aussi de la sécurité des patients, avaient été évoquées.

Sur le terrain, les pharmaciens ont pris leurs responsabilités et ont notamment adopté des règles de bonne pratique. Dans les faits, cette mesure a permis d'augmenter la couverture vaccinale de la population et d'atteindre des citoyens qui, jusqu'à présent, ne se faisaient pas vacciner.

Voici mes questions à ce sujet. Combien d'effets indésirables ont été enregistrés auprès de l'AFMPS concernant la vaccination contre la grippe ces dernières années? Des différences significatives ont-elles été constatées depuis que les pharmaciens peuvent vacciner par rapport aux années précédentes?

Je vous remercie par avance.

**34.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Pour la saison grippale 2024-2025, 29 effets indésirables ont été enregistrés après administration d'un vaccin contre la grippe. Dix de ces effets indésirables ont été considérés comme graves. Il s'agit donc d'un nombre limité d'effets indésirables enregistrés, ce qui est cohérent avec ce qui a été rapporté les années précédentes.

En 2024-2025, comme nous venons de le voir, il y a eu 29 effets indésirables, dont 10 graves. En 2023-2024, il y a eu 14 effets indésirables, dont 8 graves. En 2022-2023, il y a eu 19 effets indésirables, dont 8 graves. En 2021-2022, il y a eu 17 effets indésirables, dont 5 graves. En 2020-2021, il y a eu 29 effets indésirables, dont 8 graves.

Sur base de ces données de pharmacovigilance, nous n'observons pas de différences depuis l'entrée en vigueur de la possibilité pour les pharmaciens d'officine de vacciner contre la grippe.

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

On pourrait être tenté de croire que ma position personnelle comme pharmacienne et députée membre de la commission Santé publique est délicate, s'agissant d'une matière où je risquerais d'être partielle ou tendancieuse. Il n'en est rien, bien au contraire.

Je suis convaincue de l'utilité de l'appoint indispensable en Belgique que les pharmaciens apportent aux médecins dans la stratégie globale d'augmentation des performances de la vaccination. Mais cela ne peut se faire dans le doute, ni au milieu de on-dit non vérifiés. Cela exige la transparence la plus totale. S'il n'y a ni problème ni différence avérée, alors qu'on le dise et qu'on torde le cou à un canard malfaisant.

Tout le monde s'accorde, en tout cas en Europe, à reconnaître que la vaccination est l'épine dorsale d'une politique épidémiologique efficace. Et tout le monde sait que la Belgique – en particulier la Belgique francophone – accuse un retard significatif. Alors plutôt que de s'opposer, retrouvons-nous les manches et agissons ensemble en toute transparence. Médecins et pharmaciens ne doivent pas se montrer du doigt, mais se donner la main au service de la même cause mais, je le répète, en toute transparence.

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**35** Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre la méningite" (56007406C)

**35** Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen meningitis" (56007406C)

**35.01** **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, le 5 novembre 2024, je vous interrogeais sur la vaccination des nourrissons contre les infections invasives à méningocoques du sérotype B. Vous m'aviez alors répondu que "à l'heure actuelle et du point de vue de la santé publique, le Conseil Supérieur de la Santé ne recommande toujours pas la vaccination contre le méningocoque de type B dans le cadre du calendrier vaccinal de base du Conseil. Dans son dernier avis de 2023, le Conseil recommande uniquement une vaccination contre le méningocoque pour trois groupes à risque. À ce jour, aucun remboursement par les autorités fédérales n'est envisagé dans le cadre de la vaccination des nourrissons contre les infections invasives à méningocoques du sérotype B."*

*En juillet dernier, vous répondiez que "Le Conseil Supérieur de la Santé reste informé du développement scientifique des vaccins contre les méningocoques B, pour lesquels aucune demande d'avis n'est nécessaire. La révision de l'avis de 2019 figure parmi les priorités du Conseil Supérieur de la Santé, qui s'y attellera dès que de nouvelles données scientifiques le justifieront."*

*Dans un article de presse récent au sujet de la vaccination contre le pneumocoque, le président du Conseil Supérieur de la Santé annonçait que "le CSS prépare une actualisation de ses recommandations" et évoquait la question de la formation initiale et continue au sujet de la vaccination qui devrait, selon lui, être renforcée.*

*On le sait, la vaccination est une compétence partagée. Je souhaite donc vous poser quelques questions concernant le volet fédéral de cette question.*

*Monsieur le ministre,*

*Dans quel délai pouvons-nous espérer disposer de ce nouvel avis du CSS?*

*Est-ce que vous soutenez le point de vue du Président du CSS disant que la formation (notamment continue) concernant la vaccination devrait être renforcée? Est-ce que cette question fait l'objet d'une concertation avec les médecins?*

*Est-ce qu'une concertation est menée avec les entités fédérées en vue de mettre en œuvre une stratégie cohérente et ambitieuse de vaccination en termes de remboursement, mais aussi de communication et de sensibilisation des médecins généralistes et du grand public quant à l'importance de cette vaccination, particulièrement pour les groupes à risque?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

**35.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: *Monsieur Gatelier, le Conseil Supérieur de la Santé est pleinement conscient des enjeux liés à la vaccination contre le méningocoque B. La révision de l'avis de 2019 figure parmi ses priorités. Le Conseil suit activement les évolutions scientifiques en ce domaine. Dès qu'une opportunité se présentera, cette révision sera inscrite à l'agenda du Conseil. À ce stade, il n'est toutefois pas possible d'indiquer un calendrier précis relativement à la publication d'un nouvel avis.*

*Le gouvernement fédéral reste, pour sa part, en concertation avec les entités fédérées au sujet des programmes de vaccination, y compris pour les aspects en rapport avec la formation.*

**35.03** **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, je vous remercie.*

*L'incident est clos.*

*Het incident is gesloten.*

**36** Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La poursuite de la réforme des droits du patient" (56007419C)

**36** Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verdere stappen in de hervorming van de patiëntenrechten" (56007419C)

**36.01** **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): *Monsieur le ministre, il y a un an, je vous interrogeais sur ce sujet et je souhaite faire un état des lieux des avancées.*

*En effet, lors de la législature précédente, la législation relative aux droits du patient a été réformée. Lors de ces débats, Les Engagés, par la voix de Catherine Fonck, avaient insisté sur deux thématiques qui méritaient une attention particulière et devaient faire l'objet d'approfondissements: d'une part, l'importance de tenir compte des spécificités des enfants et des adolescents lorsqu'ils sont patients et, d'autre part, la nécessité de moderniser la fonction de médiateur "droits du patient".*

*L'accord de gouvernement reprend ces deux éléments: En effet, il prévoit explicitement qu'"il faut reconnaître les spécificités des enfants et des adolescents lorsqu'ils sont patients et adopter des mesures qui leurs sont propres, après une concertation avec tous les acteurs concernés par l'accompagnement et la prise en charge des enfants malades" et que "Tant la formation et le statut des médiateurs que le paysage des organes de plainte doivent être réformes et renforcés en concertation avec les entités fédérées compétentes".*

*Lors des débats au sujet de la NPG, vous avez évoqué certaines démarches que vous vouliez entreprendre: création d'un groupe de travail au sein de la CIM Santé sur les instances de traitement des plaintes, consultation des ordres des médecins et des pharmaciens.*

*Il y a un an, vous me répondiez que le marché d'étude sur l'application des droits du patient à des groupes vulnérables avait été confiée à l'université de Gand en mars 2024.*

*Monsieur le ministre, Quelles sont les modalités de la concertation avec les acteurs concernés par l'accompagnement et la prise en charge des enfants malades (calendrier, personnes concertées...)? Cette concertation a-t-elle déjà débuté? Le rapport final de l'étude de l'université de Gand a-t-il été rendu? Si oui, pourriez-vous nous le communiquer? Quelles suites comptez-vous y donner? Le GT au sein de la CIM a-t-il été mis en place au sujet des plaintes? Quelle est la composition de ce groupe? Les associations de patients et les associations de médiateurs sont-elles impliquées? Pourriez-vous nous éclairer quant à la consultation des ordres (calendrier, objectifs...)?*

*Je vous remercie pour vos réponses.*

**36.02** **Frank Vandenbroucke**, ministre: Parmi les points que vous citez dans vos questions, la priorité est donnée à ce stade au lancement de la concertation avec les entités fédérées sur la modernisation du droit du patient de déposer plainte. Ainsi, lors de la réunion de la CIM de juin 2025, celle-ci a confié à la plateforme inter-administrative la mission de créer un groupe de travail sur le droit du patient de déposer plainte.

L'objectif est que l'organisation et l'encadrement des services de médiation de la loi Droits du patient y soient abordés. Une attention particulière sera d'abord apportée à l'élaboration d'une cartographie des instances de gestion de plaintes de patients existantes en Belgique afin de guider le patient vers la bonne instance en fonction de sa demande et du type de sa plainte. C'est donc la première priorité que s'est fixée la plateforme.

Dans une deuxième phase, cette dernière initiera, par la mise en place d'un groupe de travail, le chantier relatif à l'objectif repris plus haut. Dans ce cadre, une attention particulière sera apportée à la constitution équilibrée de ce groupe de travail en termes d'experts et d'acteurs du monde de la santé directement concernés par les problématiques en cause. Je ne manquerai pas de vous tenir au courant de l'évolution des travaux dès que les premiers résultats de ceux-ci – en première instance la cartographie actualisée des instances de gestion de plaintes – me parviendront.

Quant au rapport de la faculté de médecine et des sciences de santé de l'Université de Gand

concernant l'application des droits aux groupes de patients vulnérables, ce rapport se concentre sur trois groupes de patients, à savoir les patients mineurs, les personnes ayant des problèmes de santé mentale et les victimes de violences sexuelles. Le rapport contient plusieurs pistes intéressantes pour renforcer l'application des droits du patient dans la pratique, mais je souhaite d'abord examiner, au cours des prochaines semaines, comment nous pouvons poursuivre nos travaux dans ce cadre.

En ce qui concerne la réforme des ordres, une première réunion informelle entre mes collaborateurs et le Conseil national des différents ordres a eu lieu. Je prévois de conclure des accords de travail dans le courant de 2026, en vue d'améliorer la situation, car, comme vous le savez, la priorité du gouvernement se concentre sur les points sensibles concernant la transparence et la position du plaignant.

**36.03 Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Je n'ai pas de remarques à faire. Je vous remercie pour vos réponses, monsieur le ministre.

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

La **présidente**: Le Hainaut commencera en force lors de la prochaine séance.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.26 uur.  
La réunion publique de commission est levée à 17 h 26.*