

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

DINSDAG 9 DECEMBER 2025

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MARDI 9 DÉCEMBRE 2025

Après-midi

De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.04 uur en voorgezeten door de heer Jan Bertels.

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 04 et présidée par M. Jan Bertels.

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

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.

[01] Actualiteitsdebat over fraude en toegevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De fraudegevallen binnen de tandheelkunde" (56010738C)
- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De fraudecontroles bij het RIZIV" (56010839C)
- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Fraude in de thuisverpleging" (56010854C)
- Isabelle Hansez aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een plafond op het aantal patiënten tegen fraude en de garanties voor bonafide thuisverpleegkundigen" (56011057C)
- Isabelle Hansez aan Rob Beenders (Consumentenbescherming, Socialefraudebestrijding, Personen met een handicap en Gelijke Kansen) over "Fraude in de thuisverpleging en maatregelen om misbruiken sneller te detecteren" (56011073C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De rol van de ziekenfondsen bij de controle van zorgverstrekkers" (56011079C)
- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het uittesten van een nieuwe financieringswijze voor verpleegkundige zorg" (56011162C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Bedrieglijke handelingen in de ziekteverzekering" (56011303C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Bedrieglijke handelingen in de ziekteverzekering (terugvorderingen door VI's)" (56011304C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De fraude in de gezondheidszorg en het vrijwaren van de middelen van de ziekteverzekering" (56011307C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De verjaringstermijn in geval van fraude door apothekers" (56011308C)

[01] Débat d'actualité sur la fraude et questions jointes de

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les cas de fraude dans le secteur des soins dentaires" (56010738C)
- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les contrôles antifraude au sein de l'INAMI" (56010839C)
- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fraude dans le secteur des soins à domicile" (56010854C)
- Isabelle Hansez à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un plafond infirmier contre la fraude et les garanties pour les soignants honnêtes" (56011057C)
- Isabelle Hansez à Rob Beenders (Protection des consommateurs, Lutte contre la fraude sociale, Personnes handicapées et Égalité des chances) sur "La fraude dans les soins à domicile et les mesures pour détecter plus vite les abus" (56011073C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rôle des mutuelles dans le contrôle des prestataires de soins" (56011079C)
- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le testing d'un nouveau mode de financement des soins infirmiers" (56011162C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les manoeuvres frauduleuses en matière d'assurance maladie" (56011303C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les manoeuvres frauduleuses en matière d'assurance maladie (recouvrements par les OA)" (56011304C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La fraude dans le domaine des soins de santé et la préservation des moyens de l'assurance maladie" (56011307C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le délai de prescription applicable en cas de fraude commise par un pharmacien" (56011308C)

01.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, onlangs kreeg de fraude door een thuisverpleegkundige ruime aandacht in de media. Daarna zou er ook grootschalige fraude bij een arts en een tandarts zijn vastgesteld. Die dossiers zouden ook door de pers zijn ingekeken.

Ik zou graag meer informatie ontvangen over het dossier van de betrokken tandarts. Over welke soort fraude gaat het precies? Kunt u toelichten om welke handelingen of behandelingen het ging? Kunt u meer vertellen over het verloop van dat fraudedossier? Op welke manier werd de fraude opgespoord? Wanneer werden er vaststellingen gedaan en welke waren dat? Welke sancties zijn opgelegd?

In het artikel wordt een bedrag van 627.000 euro vermeld. In het laatste jaarverslag van de DGEC (Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle) worden eveneens fraudegevallen bij tandartsen gemeld, maar daar gaat het op het eerste gezicht om lagere bedragen per tandarts. Zijn er eerder ook al dergelijke grote fraudedossiers bij tandartsen geweest? Kunt u daar meer toelichting over geven?

Hoeveel andere fraudedossiers met betrekking tot tandartsen zijn bekend en over welke bedragen gaat het? Welke stappen worden er momenteel in verband met die dossiers ondernomen?

In welke mate hangt het gebruik van de derde-betalersregeling samen met de kans op fraude? Wordt er dan vaker fraude vastgesteld? Is het mogelijk om de dossiers die door de pers werden ingekeken ook aan het Parlement te bezorgen?

Opsporen en bestraffen is één zaak, maar fraude voorkomen lijkt mij nog belangrijker. Op welke manier kan daarop volgens u verder worden ingezet? Het lijkt mij zinvol dat de DGEC dergelijke fraudezaken jaarlijks in het Parlement komt toelichten, zodat ze zowel de return als een plan van aanpak voor het daaropvolgende jaar kunnen presenteren. Bent u dat idee genegen?

Mijn volgende vraag gaat over de controle van ons zorgfacturatiesysteem, naar aanleiding van de fraude door de thuisverpleegkundige. Enerzijds is er de controle door de DGEC van het RIZIV. Anderzijds spelen ook de ziekenfondsen hierin een rol. Via de pers verneem ik dat het RIZIV blijkbaar geen informatie van ziekenfondsen over mogelijke fraudegevallen of misstanden bij zorgverstrekkers ontvangt. Dat roept toch wel vragen op.

Wat is de rol van de ziekenfondsen bij de controle van de juistheid van zorgfacturaties? Wie voert die controles uit en op welke manier gebeurt dat precies? Welke rol spelen de adviserend artsen? Bestaan er rapporten van die controles en wat gebeurt daarmee? Kunt u aangeven welke en hoeveel meldingen over mogelijke foute facturatie of fraude door ziekenfondsen zijn doorgegeven, opgesplitst per verzekeringsinstelling en per provincie?

Voorlopig is het RIZIV blijkbaar nog afhankelijk van gegevens die door de ziekenfondsen worden aangeleverd, maar er zou wel worden gewerkt aan een rechtstreekse toegang voor het RIZIV via het Data Flow 2.0-systeem. Wanneer is dat systeem operationeel?

Waar wordt de informatie over zorgverstrekkers verzameld, over verzekeringsinstellingen heen? Klopt het dat dit in het Nationaal college van adviserend artsen is, dat ressorteert onder de Dienst voor uitkeringen van het RIZIV? Klopt het dat zij over gegevens beschikken waarover de DGEC niet beschikt?

01.02 **Isabelle Hansez** (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'auditorat du travail de Gand a confirmé une nouvelle perquisition dans le dossier très médiatisé d'une infirmière indépendante – également élue d'extrême droite –, soupçonnée d'avoir facturé jusqu'à 90 visites par jour aux mutuelles, alors qu'un soignant à domicile particulièrement actif atteint en moyenne une vingtaine de visites quotidiennes. Les premières constatations laissent penser à une fraude massive, avec notamment la saisie de plusieurs véhicules de luxe.

Au-delà de ce cas individuel, cette affaire révèle des failles structurelles dans le modèle de facturation et les contrôles des prestations infirmières. Vous avez annoncé qu'à partir de l'an prochain, un plafond serait instauré sur le nombre de patients qu'un infirmier peut comptabiliser par jour. Cette mesure suscite un large intérêt, tant pour prévenir les abus que pour protéger les soignants honnêtes, qui travaillent souvent dans des conditions difficiles.

Dans ce contexte, monsieur le ministre, quelle forme exacte prendra ce plafond: un nombre maximum de visites, un plafond horaire ou un modèle tenant compte du type de soins et des déplacements?

Ce plafond sera-t-il intégré dans un système automatisé de contrôle via les mutuelles, afin de détecter immédiatement les anomalies plutôt que d'intervenir *a posteriori*? Êtes-vous en communication étroite avec votre collègue le ministre Beenders?

Quelles garanties seront-elles prévues pour éviter d'alourdir la charge administrative ou d'entraver l'activité des infirmières et infirmiers respectueux des règles, notamment en zones rurales et lors de soins complexes?

Ces derniers jours, plusieurs affaires de fraude sociale dans les soins infirmiers à domicile ont été révélées, mettant en lumière des pratiques manifestement incompatibles avec la réalité du terrain.

J'en viens à ma seconde série de questions.

Les cas de fraude sociale se sont multipliés dans le secteur des soins à domicile. Ces dossiers, bien que distincts, révèlent une même réalité: certains acteurs isolés parviennent encore à contourner les mécanismes de contrôle au détriment de la sécurité sociale et de la grande majorité des soignants honnêtes. Ils montrent aussi la nécessité d'un renforcement de la détection automatique, d'une meilleure coopération entre inspections, mutuelles, INAMI et auditorats du travail, ainsi que d'un traitement plus rapide des signaux faibles.

Dans ce contexte, monsieur le ministre, quelles mesures spécifiques entendez-vous prendre pour détecter plus rapidement les schémas manifestement irréalistes, comme un nombre de visites quotidiennes impossible, avant que les dossiers ne prennent une plus grande ampleur?

La coopération entre les acteurs chargés de la lutte contre la fraude – mutuelles, INAMI, auditorats du travail, inspections sociales – sera-t-elle renforcée grâce à un échange automatisé de données ou à des mécanismes d'alerte précoce?

Enfin, envisagez-vous un plan d'action sectoriel ciblé sur les soins de santé à domicile, afin d'éviter que quelques fraudeurs isolés ne nuisent à la crédibilité d'un secteur, où la très grande majorité des infirmières et infirmiers travaillent de manière honnête et professionnelle?

01.03 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, De context is voldoende geschetst. Het is uiteraard niet aanvaardbaar dat er voor dergelijke bedragen wordt gefraudeerd. Dat is een falen in de opvolging door het RIZIV. Daardoor dreigt nu het beeld te ontstaan dat zelfstandige zorgverleners massaal frauderen. Ik ben ervan overtuigd, mijnheer de minister, dat dat niet het beeld is dat u wenst te schetsen.

Dergelijke excessen zijn volgens het veld een absolute uitzondering. Die perceptie kan de aantrekkelijkheid van deze cruciale sector schaden, terwijl we in de toekomst net veel meer zorgverleners nodig zullen hebben.

Daarom heb ik enkele vragen, mijnheer de minister.

Hoe kan het dat die verpleegkundige, nadat zij al in 2017 en opnieuw in 2020 werd gesignaleerd, toch niet strenger werd opgevolgd door het RIZIV? Monitort het RIZIV systematisch de overschrijdingen van het plafond aan prestaties? Hoe kan dan worden verklaard dat de fraude jarenlang onder de radar bleef? Worden er binnen uw inspectiediensten ook prioriteiten gesteld, zodat zorgverleners die extreem veel prestaties factureren sneller en prioritair worden gecontroleerd? Hoe wilt u vermijden dat individuele fraudedossiers een volledige beroepsgroep in een slecht daglicht plaatsen? Hoe wilt u de aantrekkelijkheid van het beroep vrijwaren?

01.04 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, we hebben het al gehad over de thuisverpleegkundige die gedurende jaren het RIZIV oplichtte, een dossier dat pas na jaren krachtdadig wordt aangepakt en doorgestuurd naar het arbeidsauditoraat. Het kan niet dat een aantal nestbevuilers een hele sector met zich meeslepen, een sector die bestaat uit zorgverstrekkers die dag en nacht ter

beschikking staan van hun patiënten, die dat correct doen en die ook correct tarifieren.

De vraag die we ons dan ook onmiddellijk moeten stellen, is of de procedures voldoende en tijdig gevolgd zijn. Werd dat gecontroleerd? Zijn de definities fijn genoeg? Wanneer gaat men over tot een doorverwijzing naar het arbeidsauditoraat? Is daarvoor een procedure voorzien, wordt die gehanteerd en wordt ze ook geëvalueerd? Dat is ook wat we in het regeerakkoord hebben opgenomen, namelijk de evaluatie van de werking en de procedures van de DGEC.

Veel belangrijker dan snel tot actie over te gaan, is het uitvoeren van evaluaties en na te gaan waar de fouten liggen. Waar schort het aan in de procedure, in de aanpak? Hoe is dit kunnen gebeuren? Hetzelfde geldt voor die apotheker, waarvan gezegd wordt dat er via een achterpoortje gewerkt kan worden.

Ik zie u al het hoofd schudden. Ik ben het volledig met u eens: die uitknop bestaat niet. De unieke barcodes vormen de regel die we hanteren en dat is ook wat de DGEC controleert. Ik heb het in een jaarverslag gelezen, maar wat is daar dan fout gelopen? Is die persoon door de mazen van het net geglipt en zijn de controlemechanismen niet tijdig in gang geschoten? Dat zijn de vragen die we ons sowieso moeten stellen.

Daarnaast heb ik een aantal concrete, vrij technische vragen voor u. Artikel 174 van de wet van 14 juli 1994 vermeldt de notie 'bedrieglijke handeling'. Het genoemd artikel is bepalend voor de terugvordering van ten onrechte uitbetaalde prestaties.

Kunt u toelichten wie binnen de DGEC uiteindelijk de beslissing neemt of een bepaalde casus beschouwd moet worden als bedrieglijk in de zin van artikel 174 van de wet? Kunt u ook toelichten wie binnen de DAC (Dienst voor administratieve controle) de uiteindelijke beslissing neemt of een bepaalde casus beschouwd moet worden als bedrieglijk in de zin van artikel 174 van de wet?

Hetzelfde artikel 174 van de wet van 14 juli 1994 vermeldt de notie 'bedrieglijke handelingen'. Dat is bepaald voor de terugvordering van uitbetaalde prestaties.

Kunt u toelichten of de verzekeringsinstellingen bij de vaststelling van ten onrechte gedane betalingen zelf de afweging maken of een bepaalde casus moet worden beschouwd als bedrieglijk in de zin van artikel 174 van die wet? Indien dat zo is, wie maakt die afweging dan en wie is daarvoor bevoegd? Bestaan er richtlijnen voor de verzekeringsinstellingen over de toepassing van de notie 'bedrieglijke handelingen'? Wordt bovendien nagegaan of de verzekeringsinstellingen de regel inzake verjaring, en meer bepaald de toepassing van bedrieglijke handelingen, op een gelijkvormige wijze benaderen?

Wanneer de inspectiediensten van het RIZIV een onderzoek voeren waaruit mogelijk een terugvordering van ten onrechte betaalde prestaties volgt, wordt als bewarende maatregel systematisch de verjaring gestuit ten aanzien van de potentiële debiteur. Kunt u voor zowel de DGEC als de DAC bevestigen of er instructies in die zin bestaan en of die worden nageleefd?

De verzekeringsinstellingen worden in toenemende mate geresponsabiliseerd voor een beter beheer van de middelen van de ziekteverzekering. Dat is een goede zaak en dat hebben we in het regeerakkoord ingeschreven. Zijn er instructies voor de ziektefondsen over het stuiten van de verjaring met het oog op een potentiële – dus al dan niet vastgestelde – terugvordering?

Voor de casus van de apotheker, mijnheer de minister, die op 6 december in de pers kwam, blijkt dat een verjaringstermijn van drie jaar werd toegepast voor de frauderende apotheker, die zelf in de krant getuigde.

Graag verneem ik van u waarom, hoewel artikel 174 van de wet van 14 juli 1994 een termijn van vijf jaar voorziet om terug te vorderen in geval van bedrieglijke handelingen, in dit dossier slechts een verjaringstermijn van drie jaar is gehanteerd. Dank u.

De **voorzitter**: Wensen er nog collega's aan te sluiten bij het actualiteitsdebat? *Ladies first*, heren De Smet en Prévot.

01.05 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb heel veel respect voor alle

zorgverleners, ook voor de thuisverpleegkundigen. Dat geldt wellicht voor iedereen hier. Het zijn zij die elke dag klaarstaan om mensen na een operatie weer op de been te krijgen of om ervoor te zorgen dat oudere mensen langer zelfstandig thuis kunnen blijven wonen.

Het is heel jammer te zien hoe de schandalige wanpraktijken van enkelen nu een slecht licht werpen op al die zorgverleners die dag in, dag uit het beste van zichzelf geven in vaak moeilijke omstandigheden. Er is nu een terecht debat over hoe de fraude bestreden moet worden. Dat nieuws zou ons toch aan het denken moeten zetten over de prestatiegeneeskunde in het algemeen. Zorgverleners worden nu voornamelijk gefinancierd op basis van het aantal prestaties dat ze aanrekenen. Wij vinden dat we dat systeem moeten verlaten.

Mensen kiezen voor de zorg omdat zorg betekenisvol mensenwerk is. Het prestatiesysteem dwingt zorgverleners voortdurend hun centen te tellen en het biedt openingen voor dergelijke wanpraktijken. In die zin kijken we nu uit naar de resultaten van het pilootproject om thuisverpleegkundigen via een uurloon te verlonen.

Ik heb ter zake wel enkele vragen.

Is er nu eigenlijk zicht op hoeveel van de actieve thuisverpleegkundigen op het terrein binnen zo'n systeem werken? Hoe evalueren andere organisaties en stakeholders zoals de mutualiteiten de sector thuisverpleging? Heeft zo'n project vroeger al op de plank gelegen? Is er is vraag naar vanuit de sector? Is het een geheel nieuw initiatief dat van u uitgaat? Wie komt specifiek in aanmerking om deel te nemen aan het project?

01.06 François De Smet (DéFI): Monsieur le ministre, on se retrouve avec des révélations qui se succèdent sur des fraudes majeures au sein de notre système de soins, qu'il s'agisse de l'affaire bien connue de l'infirmière à domicile ou de ce pharmacien ayant facturé pendant des décennies des médicaments jamais délivrés, ce qui soulève de vraies interrogations quant à l'efficacité et la réactivité des mécanismes de contrôle de l'INAMI.

Ce qui est frappant dans ces deux affaires, c'est que les pratiques frauduleuses ont perduré pendant des années, malgré des signaux, des analyses de données et même des procédures déjà engagées. Ces dossiers révèlent donc des failles structurelles, juridiques et opérationnelles qui doivent être pleinement examinées, parce qu'elles mettent en danger non seulement les finances publiques mais aussi la confiance des citoyens dans la solidarité qui fonde notre système de santé.

Concernant ce fameux pharmacien condamné, celui-ci aurait exploité pendant près de 30 ans une faille technique liée à l'encodage manuel en cas de panne informatique, un système censé assurer la continuité du service mais manifestement vulnérable à des détournements massifs. L'INAMI rappelle être juridiquement contraint par des procédures strictes et ne pas disposer des moyens nécessaires pour suspendre un numéro INAMI, même en cas de récidive avérée. Les sanctions appliquées (amendes, récupérations, etc.) se sont révélées insuffisantes pour mettre fin aux fraudes.

Monsieur le ministre, comment expliquer que, malgré des signaux répétés, des anomalies manifestes et des enquêtes en cours, ces pratiques aient pu perdurer durant de si longues périodes? Confirmez-vous que les services de contrôle ne disposent toujours pas, à ce jour, de la possibilité d'empêcher un prestataire récidiviste de continuer à exercer?

Enfin, vous avez annoncé une réforme permettant aux juridictions administratives de suspendre le numéro INAMI d'un dispensateur en cas de prestations non effectuées. Ce sera un outil effectivement attendu depuis longtemps par les services de contrôle. Quand cette réforme sera-t-elle concrètement mise en œuvre?

01.07 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, à mon tour, je souhaite revenir sur ces problèmes de fraude sociale qui impactent la société, et singulièrement le cas particulier qui a déjà été évoqué par certains collègues et qui a beaucoup fait parler la semaine dernière. Il s'agit de cette infirmière, conseillère communale Vlaams Belang, qui aurait transmis à l'INAMI de fausses prestations. On apprend en effet qu'elle pouvait déclarer jusqu'à 90 visites par jour, quand des professionnels du secteur nous disent qu'on tourne plutôt autour de 20 visites par jour pour une soignante ou un soignant qui réalise son travail de manière digne et humaine. Ces fausses déclarations dans le chef de cette

infirmière lui permettaient visiblement d'avoir un rythme de vie plus que confortable, puisque plusieurs voitures de luxe notamment ont été saisies à son domicile.

Par ailleurs, voici deux jours, comme évoqué par mon collègue de DéFI, on découvrait dans la presse qu'un pharmacien avait détourné 250 000 euros grâce à une faille du système de l'INAMI. Ces cas particuliers illustrent en tout cas une problématique réelle qui mérite une réponse appropriée.

Avant tout, et j'aurais dû commencer par là, il faut évidemment préciser qu'une écrasante majorité d'infirmières et d'infirmiers réalisent un travail remarquable avec probité, tout comme les pharmaciennes et les pharmaciens. Malheureusement, ces tristes épisodes jettent un peu l'opprobre sur ces professions éminemment essentielles.

Il y a quelques jours, monsieur le ministre, à la suite du cas particulier de l'infirmière, vous avez annoncé un plafonnement du nombre de visites par jour. Compte tenu de cette récente déclaration, pourriez-vous nous expliquer les contours de la réforme que vous comptez mener? Pouvez-vous nous confirmer que cette réforme, certainement salutaire, n'alourdira pas les démarches administratives du personnel soignant?

01.08 **Minister Frank Vandenbroucke:** Collega's, ik wil in de eerste plaats terugkomen op de essentie. Het verhaal van de thuisverpleegkundige uit Houthulst is hallucinant. Het is gewoon gangsterisme. De betreffende dame was er blijkbaar van overtuigd dat ze de samenleving en haar patiënten kon blijven uitbuiten en oplichten. Ze begon telkens opnieuw, na sancties, na terugvorderingen en na boetes. Ze was zeer inventief en zo is ze ook lange tijd bezig geweest.

Tegelijkertijd mogen we echt niet alles op één hoop gooien. Er zijn talloze thuisverpleegkundigen, die hard en correct werken en het beste doen voor hun patiënten, net zoals talloze apothekers hard en correct werken en het beste voorhebben met de patiënten die in hun zaak komen.

Collega's, ik sta hier voor een dilemma en ik denk dat u die idee met mij deelt. We willen namelijk niet het beeld laten ontstaan dat een grote groep zorgverstrekkers er de kantjes vanaf loopt. Wij willen niet het beeld laten ontstaan dat thuisverpleegkundigen of apothekers gemakkelijk frauderen. Dat willen we niet, want dat is niet het geval. Het is een belediging voor de vele mensen, die hun best doen in die sector.

Tegelijkertijd moeten de enkele rotte appels eruit gehaald worden. Hiervoor hebben we sterkere wapens nodig. Op het moment dat men aan die wapens werkt om ze te versterken, kan de indruk ontstaan dat men iedereen verdenkt. Dat is niet het geval. Dat wil ik zeer uitdrukkelijk zeggen ten aanzien van alle apothekers, thuisverpleegkundigen, artsen en kinesitherapeuten. Dat is niet hoe we denken over de inzet van die mensen. We moeten echter voldoende sterke wapens hebben om rotte appels, zelfs al gaat het om enkele te midden van tienduizenden anderen, te voorkomen.

Overigens neem ik de gelegenheid te baat om het volgende op te merken over de berichtgeving in de media. Over het algemeen geef ik daar geen commentaar op, maar we moeten toch enige behoedzaamheid aan de dag leggen voor wat er in de media komt. Ik zeg dat met voorzichtigheid. Ik neem het voorbeeld van de apotheker die in een krant twee pagina's kreeg om anoniem uit te leggen dat wat hij doet, volgens hem door elke apotheker gedaan kan worden. Moeten we ons als lezer niet afvragen of dat wel waar is? Is het een hypothese? Misschien probeert iemand zijn eigen misstappen te minimaliseren door te beweren dat iedereen hetzelfde kan doen. Misschien was dat voor die anonieme getuige in de krant het geval. We moeten dergelijke berichtgeving dus enigszins kritisch benaderen.

Ook heb ik het moeilijk met controleurs van ziekenfondsen die anoniem met een kap over het hoofd getuigen over hun werk. Ik verwijt de media niet dat ze die getuigenissen brengen. Het is echter problematisch dat personen met een officiële taak in een organisatie zoals een ziekenfonds anoniem met een kap over het hoofd in de meest dramatische bewoordingen getuigen in plaats van ervoor te zorgen dat we een transparant en ondertekend officieel verslag van die instanties ontvangen.

Laat ik maar zwijgen over het dossier van de dame in Houthulst. Ik heb dat dossier en twee andere anonieme dossiers, een over een tandarts en een over een arts, hier in het Parlement toegelicht. Niemand heeft toen verontwaardigd gereageerd: niet u, niet de beroepsorganisaties en niet de pers,

die alle informatie van mij hebben gekregen. Het volstaat echter dat er een foto van de dame wordt gepubliceerd en dat in de krant enkele bijkomende details worden vermeld en het kot is hier te klein, zoals dat in Vlaanderen wordt genoemd. Ik had dat verhaal hier echter al lang verteld. We reageren dus soms eigenaardig.

Ik herhaal dat het ging om een structureel probleem van repetitieve fraude. Dat probleem moesten we aanpakken met sterkere wapens. Dat heb ik hier maanden geleden al uitgelegd. Iedereen ondervroeg mij toen of ik niet te streng was. Niemand vroeg zich af wat dat specifieke geval precies inhield, tot er een foto met een naam in de krant verscheen. We moeten op dat vlak allemaal enige zelfkritiek betrachten.

Dat helpt natuurlijk niet voor het gevoel van de medewerkers in de sector. Zij zijn het er ongetwijfeld over eens dat problemen structureel moeten worden aangepakt en dat de wapens om echte fraudeurs aan te pakken, moeten worden versterkt. Tegelijk moeten we absoluut vermijden dat een sfeer ontstaat waarin iedereen in die sector zich verdacht gemaakt voelt of als verdacht wordt beschouwd.

Ik ben al een jaar bezig met de verfijning van een actieplan 'handhaving'. Dat spoort trouwens heel goed met het regeerakkoord. Met dat actieplan versterken wij de noodzakelijke wapens.

Ik voeg hier nog wat de thuisverpleegkundige in Houthulst betreft, het volgende aan toe. Mevrouw Depoorter vraagt opnieuw of het RIZIV niet heeft gefaald. Ik heb de gedetailleerde tijdslijn op papier hier in het Parlement uitgedeeld. Ik herhaal ze niet volledig wegens tijdsgebrek.

U kunt vaststellen dat er in juli 2017 een vaststelling werd gedaan, dat tien dagen later het onderzoek werd opgestart en dat enkele maanden later de vaststellingen en conclusies volgden. Daarna werden er terugvorderingen en boetes opgelegd en gebeurden er terugbetalingen. Vervolgens werd er een tweede controleonderzoek uitgevoerd, gevolgd door een derde controleonderzoek op eigen initiatief van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV.

In de tijdslijn zie ik dus niet dat het RIZIV in snelheid van handelen tekort zou zijn geschoten en ik wil dat evenmin beweren. Ik dring er dus ook op aan om dergelijke beweringen achterwege te laten, want dat is niet correct tegenover de inspecteurs van het RIZIV. Die hebben niet te traag gehandeld. Ze waren alleen niet gewapend tegen iemand die telkens opnieuw begon en uiteindelijk een zeer hardnekkige fraudeurster bleek te zijn, tegen dat soort van gangsterisme. Wie beweert dat er bewijs is van falen van de inspectie, moet mij toch eens uitleggen waar dat falen dan precies zit, des te meer gelet op de wapens die zij ter beschikking had. Ik zie dat eerlijk gezegd niet. Daarmee wil ik niet gezegd hebben dat mijn administraties altijd perfect functioneren, dat is niet het geval. Hier vind ik echter dat die kritiek nogal gemakkelijk wordt geuit.

Ik ga graag ook even in op de bijzondere vraag met betrekking tot het arbeidsauditoraat. De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle van het RIZIV hanteert een aantal criteria voor het in overleg doorsturen van controledossiers naar het arbeidsauditoraat. Enerzijds gebeurt dat wanneer de eigen onderzoeksbevoegdheden worden overschreden, anderzijds wanneer de sancties die de gerechtelijke instanties in het RIZIV, zoals de kamer van eerste aanleg en de kamer van beroep, kunnen opleggen, ontoereikend zijn.

Op basis van een proces-verbaal van vaststelling van de sociale inspecteurs van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle kan de kamer van eerste aanleg of de kamer van beroep, naast de terugvordering van de ten laste gelegde bedragen, bijkomend een sanctie opleggen tot 150 % van het ten laste gelegde bedrag voor niet-conforme inbreuken of zelfs tot 200 % voor niet-uitgevoerde prestaties. Wanneer men oordeelt dat de eigen bevoegdheden worden overschreden of dat de mogelijke sancties ontoereikend zijn, kan men op basis van die criteria het arbeidsauditoraat vatten.

Sommige dossiers zoals dat van de thuisverpleegkundige, zijn technisch zeer complex. De inbreuken beperken zich niet tot het aanrekenen van niet-uitgevoerde prestaties. Ze hebben in belangrijke mate ook betrekking op het aanrekenen van duurdere prestaties door overscoring van de afhankelijkheidsgraad van de patiënt. Daarvoor is een medische beoordeling vereist. Dergelijke onderzoeken door het arbeidsauditoraat gebeuren daarom in nauwe samenwerking met onze Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Het arbeidsauditoraat is om die reden niet gemakkelijk bereid om dat zomaar te doen, omdat het die competenties niet per se heeft.

Wat de thuisverpleegkundige betreft, is een eerste controleonderzoek opgestart in 2017 met een proces-verbaal van vaststelling door de gerechtelijke instantie kamer van beroep, waarbij de kamer van beroep een definitieve uitspraak deed op 23 augustus 2023. Dat heeft dus geruime tijd geduurd, omdat de mevrouw in kwestie haar rechtsmiddelen heeft uitgeput. We leven natuurlijk in een rechtsstaat.

Op 23 augustus 2023 werd in dat eerste controleonderzoek dus een definitieve uitspraak gedaan. Al in februari 2023, dus vóór de eindbeslissing van de gerechtelijke instantie in het RIZIV, had de dienst in het kader van het inmiddels derde controleonderzoek – ik verwijs naar de tijdslijn die ik aan het Parlement heb bezorgd – een eerste contact met het arbeidsauditoraat over het dossier. Door de complexiteit en de problematiek van het medisch beroepsgeheim werd toen beslist dat niet het arbeidsauditoraat, maar de dienst dat verder zou uitwerken. Dat gebeurde na onderling overleg. De dienst stelde echter vast dat het dossier zo niet oplosbaar was. Een jaar later werd het dossier formeel doorgegeven aan het arbeidsauditoraat vanwege de aanhoudend hoge aanrekeningen.

Dat men te traag heeft gewerkt, durf ik niet te zeggen, omdat er verschillende procedures tegelijk liepen. Ik ben ook niet zelf betrokken bij de concrete controleonderzoeken en wens dat ook niet te zijn. Wel heb ik gevraagd om een nieuw en krachtig actieplan 'handhaving', een echt antifraudeplan voor de jaren 2026 tot 2030, met structurele maatregelen die de inspectiediensten de nodige instrumenten geven om gevallen zoals dat van de thuisverpleegkundige uit Houthulst daadwerkelijk te kunnen stoppen. In het kader van de hervormingswet met een voorstel voor de opschorting van het RIZIV-nummer als alternatieve sanctie, heb ik in augustus van dit jaar drie anonieme gevallen in het Parlement voorgesteld.

Naast de opschorting van het RIZIV-nummers, wat we met het Parlement nog moeten bespreken en beslissen, werden er al twee maatregelen genomen. Ik hoop dat ze weldra hun vruchten afwerpen. Ten eerste is er het aanrekeningsplafond op jaarbasis voor thuisverpleegkundigen. Mevrouw Hansez, dat heeft dus niet betrekking op het aantal patiënten.

Madame Hansez, vous avez parlé du nombre de patients. Or ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Je le répète. De grâce, dites-le aux infirmiers à domicile! Ce n'est pas le nombre de patients; c'est un montant en euros qui, pour des infirmiers indépendants, s'élève à 229 000 euros bruts de facturation sur une base annuelle. De mémoire, pour un salarié, le montant atteint 126 000 euros sur une base annuelle, parce qu'il y a évidemment une pondération des prestations. Voilà le plafond.

Dat is een instrument naast andere; het is uiteraard niet het enige. Als men boven het plafond gaat, moet de betrokken thuisverpleegkundige verantwoorden waarom dat het geval is. Dat betekent dus een omkering van de bewijslast en ik denk dat dat nodig is.

Een voorgangster van mij, mevrouw De Block, wou al een dergelijke regeling in een koninklijk besluit vastleggen. Dat koninklijk besluit werd echter vernietigd door de Raad van State, vermoedelijk wellicht omdat de regering toen in lopende zaken was. Daarom zijn we opnieuw begonnen en het koninklijk besluit werd in 2024 van kracht. Aangezien het echter op jaarbasis werkt, kan de eerste praktische toepassing vanaf begin 2026 plaatsvinden. We zullen dat ook doen. We hebben wel al een sensibiliserende oefening gedaan op basis van de aanrekeningsplafonds.

Voorts is er nog een maatregel van kracht, die ik persoonlijk erg belangrijk vind, hoewel die nog niet volledig dekkend is. Vanaf 15 januari van volgend jaar krijgen patiënten zicht op de prestaties die op hun naam worden aangerekend, waaronder de meeste prestaties die via derde-betaler worden aangerekend. Een zorgverlener zal dus voor de meeste prestaties niet langer in staat zijn om een niet-uitgevoerde prestatie toch aan te rekenen via derde-betaler, zonder dat de patiënt daarvan op de hoogte wordt gesteld. Dat is essentieel. Bijvoorbeeld voor alle forfaitaire prestaties B in de thuisverpleging, een grote groep, wordt de informatie vanaf 15 januari door alle ziekenfondsen aan alle patiënten doorgestuurd voor wie een forfait B wordt aangerekend. Dat is een belangrijk onderdeel van de controle.

Er was een vraag over de 193 dossiers. Dat zijn alle controledossiers van de DGEK waarbij de zorgverlener het ten laste gelegde bedrag en of de boete niet wenst terug te betalen. Die dossiers werden overgezonden naar de niet-fiscale invordering van de FOD Financiën, die voor de verdere opvolging zorgt.

Kortom, de fameuze thuisverpleegkundige uit Houthulst werd opgevolgd. Ik denk niet dat dat op een gebrekkige manier gebeurde. Ze kreeg immers tot tweemaal toe twaalf maanden opschorting van de uitbetaling, indien aangerekend via derde-betaler. Ze slaagde erin om dat zeer handig te omzeilen door zelf getuigschriften in te dienen bij het ziekenfonds, zogezegd namens haar patiënten.

Het betrokken ziekenfonds stortte het geld naar die patiënten, in de veronderstelling dat zij de bedragen rechtstreeks hadden betaald. Op die manier kon ze haar carroussel weer een tijdje laten draaien. Dat is de *story*.

De Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle ontvangt jaarlijks ongeveer 1.500 meldingen, dat wil zeggen aangiftes van mogelijke fraude, vragen en klachten afkomstig van buiten de dienst. Daarnaast voert de dienst zelf risicoanalyses uit. Een *outlier* is inderdaad een van de indicatoren om het risico te bepalen. Niet alle *outliers* zijn fraudeurs. Sommige zorgverleners die gespecialiseerd zijn in specifieke medische handelingen, factureren correct het grootste aandeel van welbepaalde verstrekkingen.

Nogmaals, we staan voor een dilemma wat onze communicatie aan de sector en het brede publiek betreft. We onderstrepen dat we de fraude krachtiger moeten aanpakken en de dienst meer wapens geven. Ik zal dus een actieplan inzake handhaving voorstellen, maar het gaat om een zeer kleine minderheid en dat is ter bescherming van de grote meerderheid van correcte en hardwerkende zorgverleners, zorgverleners waarvan ik niet wil dat ze zich hierdoor onterecht verdacht gemaakt voelen.

Mevrouw Gijbels stelde enkele belangrijke vragen over de verantwoordelijkheid van de verzekeringsinstellingen. Die instellingen hebben inderdaad een ruime verantwoordelijkheid in de controle van de juistheid van de zorgfacturaties. Zij voeren zowel administratieve primocontroles uit, zoals het opsporen van verboden cumuls of prestaties door onbevoegden, als inhoudelijke controles die niet rechtstreeks uit de facturatie kunnen worden afgeleid. Voor de thuisverpleegkundigen omvat dat onder meer de controle bij de patiënt bij 10 % van de nieuw gemelde Katzschalen, deels op eigen initiatief van een verzekeringsinstelling en deels intermutualistisch, in opdracht van het Nationaal college van adviserend artsen.

De controles worden uitgevoerd door de adviserend artsen van de verzekeringsinstellingen, die daarbij bepaalde taken kunnen delegeren aan adviserend verpleegkundigen. Elke controle van Katzschalen leidt tot een verslag. Bij intermutualistische controles worden daarnaast resultaatfiches opgesteld, die regelmatig in het Nationaal college van adviserend artsen worden besproken. Afhankelijk van de bevindingen kan dat leiden tot een waarschuwing, een nacontrole of een melding aan de dienst, die de documenten ook kan opvragen tijdens eigen onderzoeken.

Tussen 1 januari en 30 november van dit jaar ontving de dienst 108 meldingen van verzekeringsinstellingen en adviserend artsen. Een gedetailleerde uitsplitsing per instelling en provincie is beschikbaar en kan ik u schriftelijk bezorgen.

Omdat elke verzekeringsinstelling slechts zicht heeft op de prestaties van haar eigen verzekerden, worden alle facturatiegegevens maandelijks gecentraliseerd bij het Intermutualistisch Agentschap, waarvan de dienst in het kader van concrete onderzoeken gegevens kan opvragen.

Om die gegevensstromen te verbeteren en frequenter, vollediger en sneller aan te leveren, wordt momenteel gewerkt aan project Dataflow 2.0. Het doel van dat project is een rechtstreekse en geautomatiseerde toegang van het RIZIV tot het centrale dataplatform, zodat de afhankelijkheid van de afzonderlijke verzekeringsinstellingen vermindert en gegevens sneller kunnen worden gekoppeld aan onder meer fraudedetectie. Voor Dataflow 2.0 is wel een aanpassing van het wettelijke kader nodig. De nieuwe regelgeving wordt in 2026 verwacht, waarna de operationele ingebruikname van Dataflow 2.0 voorzien is, ten vroegste in 2027.

Tot slot wordt informatie over zorgverstrekkers intermutualistisch samengebracht binnen het Nationaal college, dat sinds mei 2022 onder de Dienst geneeskundige evaluatie en controle ressorteert. Via het secretariaat van het Nationaal college van adviserend artsen beschikt de dienst sinds mei 2022 over alle resultaten van de intermutualistische Katzcontroles, gegevens die voor 2022 niet rechtstreeks

toegankelijk waren.

Er werd ook beslist dat de ziekenfondsen, voor een bedrag dat in 2029 zal oplopen tot 100 miljoen euro, fraude uit het systeem moeten halen. Zij moeten met hun eigen administratie borg staan voor het bereiken van dat resultaat. Dat is essentieel. Die afspraak is gemaakt en de beslissing is genomen door de ministerraad.

Mevrouw Gijbels, u hebt een vraag over de tandheelkunde. Ik heb hier een paar maanden geleden één anoniem dossier aangehaald. Over specifieke controles geeft de Dienst geneeskundige evaluatie en controle geen verdere uitleg, ook niet aan mij. In zekere zin staat er een muur, wat correct is, tussen de inspecteurs, de leiding van het RIZIV en mezelf.

Wel kan ik een toelichting geven over fraudedossiers bij tandheelkundigen in het algemeen. Het betreft, net zoals bij andere zorgverleners, zowel de aanrekening van niet-uitgevoerde prestaties als prestaties waarbij de vergoedingsvoorwaarden niet worden nageleefd. Een controledossier bij de dienst wordt opgestart op basis van een externe melding of een eigen risicoanalyse van de dienst. Indien tijdens een onderzoek onterechte aanrekeningen blijken, wordt een proces-verbaal van vaststelling opgesteld.

Het onterecht aangerekende bedrag kan door de zorgverlener worden terugbetaald. Bijkomend kan de dienst het dossier aanhangig maken bij de administratieve rechtscolleges, om onder andere een boete op te leggen.

Op dit ogenblik lopen er verschillende grote fraudeonderzoeken bij tandheelkundigen. Enkele worden uitgevoerd samen met het arbeidsauditoraat. In het kader van het geheim van het onderzoek kan de dienst mij daarover niet verder inlichten.

Laten we dan kijken naar het activiteitenrapport van de dienst met betrekking tot 2023. In 2023 werden er 93 individuele controleonderzoeken bij tandartsen afgesloten. Er werd voor een totaalbedrag van 2.167.780,27 euro ten laste gelegd. Bij 13 van die tandartsen werd een administratieve procedure opgestart voor een bijkomende boete. Bij die 13 ging het om een tenlastelegging van 826.988 euro voor niet-conform geattesteerde prestaties en 69.929 euro voor niet-uitgevoerde prestaties.

Die informatie is terug te vinden in publieke verslagen. In die zin kijk ik soms met grote ogen naar dingen die nu in de pers komen, aangezien die activiteitenverslagen allemaal publiek beschikbaar zijn. Dat wil niet zeggen dat de pers daarover niet mag berichten, integendeel, die berichtgeving is zeer welkom, maar het betreft geen nieuwe gegevens, alles is reeds gepubliceerd.

Fraude komt evenzeer voor buiten de derde-betalersregeling. Dat was bijvoorbeeld het geval voor de thuisverpleegkundige waarnaar u verwees en die meermaals het recht om via de derde-betalersregeling te factureren werd ontnomen.

Voor tandartsen is de regeling die op 15 januari van kracht wordt, waarbij patiënten altijd geïnformeerd worden over aanrekeningen, heel belangrijk. Bijkomend zullen mutualiteiten vanaf 2026 onderling via een teller opvolgen hoeveel tandartsen aanrekenen, zodat zij bij overschrijding van de P-waarden proactief aanrekeningen kunnen blokkeren. Bij thuisverpleegkundigen zal worden gewerkt met de W-waarden. Bij tandartsen werken we al enige tijd met een aanrekeningsplafond, met de P-waarden waarvan sprake.

Er bestaat een comité van de DGEC, waarin onder anderen de vertegenwoordigers van de beroepsgroepen en de verzekeringsinstellingen zetelen. Daar worden plannen van de dienst voorgelegd en alle proceduredossiers per type zorgverlener op anonieme wijze toegelicht. Alle eindbeslissingen van de kamer van eerste aanleg en de kamer van beroep zijn op geanonimiseerde wijze voor iedereen toegankelijk via de website van het RIZIV.

Mevrouw Depoorter, u had heel precieze vragen over de termijnen bij die ene apotheker. Die legde uit dat iedereen kon doen wat hij deed, maar die uitleg laat ik voor zijn rekening. In de berichtgeving daarover had men het over een verjaringstermijn van drie jaar, terwijl artikel 174 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 in geval van bedrieglijke handelingen een termijn van vijf jaar voorziet voor de terugvordering.

Het is belangrijk om dat juridisch juist te kaderen. Eerst ga ik in op de Dienst voor administratieve controle (DAC). Wat die dienst betreft, is er geen termijn van drie jaar voorzien in artikel 174 van de gecoördineerde wet. De verjaringstermijn voor het terugvorderen van onrechtmatige betalingen veroorzaakt door frauduleuze handelingen is vijf jaar, of twee jaar bij afwezigheid van frauduleuze handelingen, maar artikel 174 van de gecoördineerde wet is niet van toepassing in de zaak waarnaar u verwijst.

Vervolgens kom ik tot de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle, de DGEC. De verjaringstermijnen bepaald in artikel 174 van de ziekteverzekeringswet zijn niet van toepassing op de administratieve terugvorderings- en/of sanctieprocedures van de DGEC. Dat blijkt overigens ook uit het tekst van artikel 174, 2de lid, van de ziekteverzekeringswet. Die verjaringstermijnen zijn wel van toepassing op de recuperaties door de verzekeringsinstellingen.

Wat de DGEC betreft, geldt een ander regime. Overeenkomstig artikel 142, § 2, van de ziekteverzekeringswet moeten de vaststellingen door de sociaal inspecteur op straffe van nietigheid worden verricht in een proces-verbaal van vaststelling binnen een termijn van drie jaar, te rekenen vanaf de datum waarop de verzekeringsinstellingen de documenten betreffende de betwiste verstrekkingen hebben ontvangen, of waarop de door de profielencommissie of door het Nationaal college van adviserend artsen overgezonden vaststellingen worden ontvangen door de DGEC.

De inbreuken op artikel 73 bis, 1ste lid, van de ziekteverzekeringswet die de sociale inspecteurs van de DGEC vaststellen, vergen daarbij niet het bewijs van fraude.

Dat geldt eveneens voor de termijnen waarbinnen de vaststellingen moeten worden verricht door de sociale inspecteurs van de dienst, volgens artikel 142, § 2, of waarbinnen een zaak aanhangig moet worden gemaakt bij het orgaan van het actief bestuur of bij de kamer van eerste aanleg, volgens artikel 142, § 3. De driejarige termijn werd destijds ingevoerd naar analogie met de onderzoekstermijn waarover de administratie in het kader van het Wetboek van de inkomstenbelastingen beschikt, zoals toegelicht in de memorie van toelichting bij het wetsontwerp van 14 november 2016 houdende diverse bepalingen inzake gezondheid.

Naar mijn inschatting behoren apothekers in ons systeem tot de meest intensief gecontroleerde zorgverstrekkers. Ik wil benadrukken dat het, op basis van wat we weten, om uitzonderlijke gevallen gaat en dat de grote meerderheid van de apothekers correct werkt.

Mevrouw Eggermont, u stelde een vraag over het pilootproject voor een nieuw financieringssysteem. Daar is langdurig overleg over geweest met de sector. Het initiatief komt daadwerkelijk vanuit de sector en mede gelet op het langdurig overleg durf ik te zeggen dat het wordt gedragen door de sector zelf. Het is dus geen plotselinge nieuwe bevestiging, maar een onderwerp dat al lang ter discussie voorligt. Ik ben blij dat het er eindelijk zal komen.

Mijnheer de voorzitter, ik denk dat ik daarmee het belangrijkste heb gezegd.

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, we hebben u ruimschoots de tijd gegeven om uw antwoord te formuleren.

01.09 Minister **Frank Vandenbroucke**: Voor enkele vragen kan ik tabellen en cijfers aanreiken. Mevrouw Gijbels vroeg bijvoorbeeld het aantal meldingen per VI. Ik kan die gegevens allemaal schriftelijk bezorgen, ze zijn alleen niet voorleesbaar.

De **voorzitter**: U kunt ze doorgeven aan het commissiesecretariaat.

De replieken komen aan bod in de volgorde van de vraagstellers, zoals bepaald voor een actuadebat.

01.10 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, ik wil graag iets rechtzetten. U zei dat we nooit hebben gereageerd op eerdere fraudegevallen, maar ik heb verschillende parlementaire vragen over fraudegevallen gesteld. Ik heb ook geregeld vragen over DGEC-rapporten gesteld. Het klopt dus niet dat wij alleen door de pers zijn gealarmeerd.

Ik wil op een aantal zaken repliceren of meer verduidelijking vragen. U zegt dat er 108 meldingen vanuit

de verzekeringsinstellingen zijn geweest, maar dat geldt alleen voor de thuisverpleegkundigen. U had het over de Katzcontroles. Ik zal een schriftelijke vraag indienen voor de andere zorgberoepen. Ik kijk uit naar de schriftelijke antwoorden, die ik zeker zal bestuderen.

Het is me niet helemaal duidelijk of de meldingen vanuit de verzekeringsinstellingen ook daadwerkelijk bij de Dienst geneeskundige evaluatie en controle terechtkomen. Via de pers vernam ik dat die dienst daar geen meldingen van ontvangt en geen toegang toe heeft. Dat moet wellicht ook worden verduidelijkt.

U zei dat er ook fraudegevallen voorkomen naast de derde-betaler. Dat geloof ik zeker, maar ik vraag mij af wat de verhouding is. Zijn er al dan niet meer fraudegevallen wanneer de derde-betalerrichtlijn wordt gebruikt dan wanneer die niet wordt toegepast?

In het algemeen moet er op een aantal vlakken echt worden gewerkt. Er is aandacht nodig voor een betere nomenclatuur. Ik zeg niet dat dat een excuus is voor misbruik, maar niet alleen de gedeconventioneerde zorgverstrekkers frauderen, vaak zijn degenen die misbruik maken van de nomenclatuur de fraudeurs. Gelukkig is dat een heel kleine minderheid, zoals verschillende collega's al hebben aangegeven, maar wel moet de nomenclatuur eerst goed op punt staan. Vervolgens moet fraude opgespoord en streng bestraft worden. Iedereen moet daarin zijn rol spelen, ook de ziekenfondsen. Of zij dat ten volle doen, is mij niet helemaal duidelijk. Daarop zullen we later verder ingaan.

Daarnaast is het ook belangrijk dat de patiënten duidelijkere facturen krijgen, zodat zij in begrijpelijke taal kunnen lezen wat er werd aangerekend.

Tot slot moeten we ook snel werk maken van een beter klachtrecht, zodat patiënten weten waar ze terechtkunnen om meldingen te doen. In deze dossiers is dat nog een manco. Niet iedereen weet waar men terecht kan als men een vermoeden heeft dat er iets niet correct is.

01.11 Isabelle Hansez (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses.

Quelle que soit la manière dont ces affaires ont été révélées, elles mettent en évidence un système qui réagit trop tard. Quand une infirmière peut facturer 80 ou 90 prestations quotidiennes sans que cela déclenche la moindre alerte, cela signifie que le problème n'est pas individuel mais structurel.

Dans ce contexte, nous saluons votre volonté et vos éclaircissements par rapport au renforcement des contrôles. Cependant, une chose est sûre: nous ne pouvons plus nous contenter d'intervenir *a posteriori*, il faut détecter l'anomalie dès qu'elle apparaît. C'est pour cela que le futur plafond d'activité ne pourra être efficace qu'à la condition expresse d'être intelligent. J'ai compris qu'on parlait de montants, d'un plafond de montants et pas du nombre de patients.

Quand on élabore un système de plafond, il importe que ce système soit intelligent, c'est-à-dire qu'il prenne en considération un certain nombre de critères (le type de soins, la charge réelle de travail, le temps de déplacement) davantage qu'un chiffre brut; en effet, il ne faudrait pas pénaliser ceux qui travaillent honnêtement, en particulier dans les zones rurales et en soins complexes. Il faudrait aussi un système intégré dans un contrôle automatisé via les mutuelles et l'INAMI, permettant de détecter immédiatement ce qui est matériellement impossible, plutôt que de laisser prospérer des dérives massives.

Au-delà du plafond, nous insistons également sur l'urgence d'un véritable échange de données en temps réel entre mutuelles, INAMI, inspection sociale et auditorat du travail. Chacun doit jouer son rôle. Sans ce volet, nous continuerons à découvrir trop tard des schémas frauduleux qui auraient pu être repérés dès les premiers signaux faibles.

Je veux le redire avec force, 99 % des infirmiers et des infirmières travaillent avec intégrité. Ils ne doivent pas subir des lourdeurs administratives supplémentaires parce que quelques fraudeurs isolés détournent le système et ternissent l'image d'un secteur qui est profondément dévoué. C'est en distinguant clairement les abus manifestes du travail honnête et en modernisant nos mécanismes de détection que nous protégerons à la fois nos finances publiques et le professionnalisme des soignants.

01.12 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, dank u voor uw uitgebreid antwoord.

Toch heb ik het gevoel dat we weinig echt concrete antwoorden hebben gekregen waarmee we verder aan de slag kunnen. U hebt een paar keer gezegd dat u die flow al voldoende heeft toegelicht, maar het zou misschien wel handig zijn dat we eens op een A4'tje kunnen zien wat exact de flow is binnen het RIZIV.

01.13 Minister Frank Vandenbroucke: U hebt die A4 al gekregen! In godsnaam, ik heb die bezorgd aan het Parlement. Het was zelfs meer dan een A4.

01.14 Irina De Knop (Open Vld): Goed, dan heeft mij dat niet bereikt. Mijn verontschuldigheden daarvoor. Ik zal dat be kijken.

In ieder geval, uit uw antwoord blijkt die flow niet volledig duidelijk te zijn. Ik wil graag herhalen, en dat hebt u gelukkig in uw antwoord ook benadrukt, dat het totaal geen zin heeft een volledige beroepsgroep door de mangel te halen omdat er een of meerdere fraudegevallen zijn. Dat is altijd te veroordelen. Als er fraude is, moet dat altijd worden aangepakt, maar de manier waarop wij daarop reageren, en ook u als bevoegd minister, is daarin heel relevant.

Ik vind dat u de eerste uren en dagen na dat voorval het vuurtje niet hebt geblust, maar eerder aangewakkerd, door te zeggen dat u bijkomende wetgeving nodig hebt om dat soort fraudegevallen te kunnen aanpakken. Quod non. Het is duidelijk dat er heel wat regelgeving bestaat binnen het RIZIV, maar die wordt blijkbaar niet altijd even accuraat toegepast.

In antwoord op de vraag van een ander parlementslid zei u dat u het goed vindt dat er een duidelijke facturatie zou komen naar de patiënten. Het zou inderdaad niet slecht zijn dat mensen inzage krijgen in wat de werkelijke factuur is, ook wanneer er sprake is van een derde-betalerssysteem. Niet alleen, omdat op die manier fraude sneller zou kunnen worden aangepakt, maar ook en vooral omdat mensen zouden zien wat de eigenlijke kostprijs is van de zorgverlening die ze ontvangen.

Tot slot denken wij niet – maar we zullen die discussie voeren op het moment dat het voorstel voorligt in de Kamer – dat het schorsen of afnemen van een RIZIV-nummer per se de beste en enige maatregel is die we kunnen nemen om fraude te bestrijden. Dat zou absoluut een eindpunt moeten zijn en geen beginpunt.

01.15 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, op vandaag loopt er een actie van de thuisverpleegkundigen. Ze dragen drie lintjes: een wit, een groen en een zwart. Dat zijn toevallig de kleuren die ik draag. Wit voor hoop op een beleid met een goede dialoog, groen als teken van trots op het beroep van zorgverstrekkers en zwart voor de verontwaardiging over de fraude. Die drie lintjes tekenen het gevoel dat in de sector leeft en dat u deelt, namelijk dat wat er gebeurt, niet kan.

Het kan niet dat de verpleegkundigen, die vol goede wil werken, in een verkeerd daglicht worden geplaatst door die carrousel van fraude. Ik ben het met u eens dat men ook bij het lezen van de berichtgeving in de pers enige voorzichtigheid aan de dag moet leggen, want het is niet altijd een correcte weergave van de feiten. Ik ben het niet eens met u dat de wapens versterkt moeten worden of onvoldoende gebruikt worden. Als men een geweer gebruikt, moet de loop ervan gekuist zijn en misschien gebeurt dat niet altijd.

U hebt inderdaad alarm geslagen, net zoals ook het RIZIV dat deed, in verschillende gremia. Dat is nu net de reden waarom we in de discussies rond het nieuwe regeerakkoord het zinnetje rond de evaluatie van de procedures binnen de DGEC hebben ingeschreven. We hebben er samen over gediscussieerd en u bent ermee akkoord gegaan. We zijn overeengekomen dat de procedures moeten gecontroleerd worden, want men neigt soms wat in de richting van willekeur. Dat is althans het gevoel dat sommige zorgverstrekkers krijgen.

Als ik zeg dat niet alle wapens zijn gebruikt, dan verwijs ik vooral naar het feit dat er niet meteen werd doorgeschakeld naar het arbeidsauditoraat. We hebben die discussie al gevoerd en u zegt dat er wel voldoende en snel genoeg is gehandeld. Ik verwijs opnieuw naar het vonnis van 19 oktober 2020 van de kamer van eerste aanleg, waarin de interpretatie rond artikel 77secties van de GVV-wet wordt gehanteerd. Men had mijns inziens dus al eerder kunnen handelen.

Ook vandaag nog lopen er procedures waarbij we ons vragen kunnen stellen, zoals de procedure van november 2023 over een klacht die in diezelfde maand aan de DGEK werd gemeld over twee partners, waarvan één niet-verpleegkundige, die werken onder eenzelfde RIZIV-nummer. Die situatie is gekend bij de DGEK en er werden klachten ingediend, maar toch werkt men verder en verzorgt men zonder diploma patiënten. Dat zou moeten leiden tot een schorsing van de derde-betalersregeling. In 2023 waren er maar negen schorsingen, van vier personen en vijf verenigingen. Men kan hier krachtadiger ingrijpen. Wanneer er echt sprake is van fraude moeten we kunnen ingrijpen.

Risicoanalyses – daar ben ik het volledig mee eens – moeten worden uitgevoerd en dat is in het geval van die apotheker ook noodzakelijk gebleken. Wanneer een apotheker afwijkt qua unieke barcodes, kan men zeker het risico bepalen en controleren hoe men hiermee omgaat.

Wat moet er nu echt gebeuren in de sector van de thuisverpleegkundigen, mijnheer de minister? De procedures moeten inderdaad absoluut worden gecontroleerd. De subsidies en forfaits die worden toegekend, moeten ook gecontroleerd worden, want ook daar komen veel klachten uit. Sinds het publiceren van het KB is dat namelijk nog niet gebeurd. De middelen die daardoor vrijkomen, zouden we kunnen gebruiken om de nomenclatuur te herzien. Die controle is echter nog niet uitgevoerd, mijnheer de minister.

De vertegenwoordiging van de zelfstandige thuisverpleegkundigen in de overeenkomstencommissie is ook iets waarover we het echt nog eens moeten hebben. Die vertegenwoordiging is essentieel voor de nomenclatuur en het beleid.

Tot slot, mijnheer de minister, wil ik het hebben over de zorgnoden. Het is misschien ook eens tijd om de Katzschalen te bekijken. BelRAI is erg moeilijk en wordt internationaal niet gebruikt. De BelRAI screener zou mogelijk een antwoord kunnen zijn om samen met de Katzschalen te gebruiken.

U hebt niet geantwoord op de vraag wie de beslissing neemt wanneer het om fraude gaat of niet, om door te verwijzen of niet, binnen de DGEK en binnen de DAC. Ik zal die vraag opnieuw schriftelijk indienen. Dank u wel.

01.16 Jan Bertels (Vooruit): Ik wil nog kort het woord nemen namens de Vooruitfractie. Er zijn drie belangrijke zaken.

Ten eerste, de overgrote meerderheid van de zorgverstrekkers – ik noem ze bewust zorgverstrekkers – doen hun beroep met passie en correct en bieden goede zorg aan hun patiënten. Daarover zijn we het allemaal eens.

Ten tweede, de rotte appels moeten eruit en daarover zijn we het ook allemaal eens. De verschillende actoren hebben dus mechanismen nodig om die rotte appels te verwijderen. We kijken, mijnheer de minister, allemaal uit naar uw actieplan 'handhaving', want een aantal zaken – en daarover zullen we een discussie moeten voeren – moeten worden versterkt. Het gaat daarbij over verschillende maatregelen. Een aantal daarvan lopen al en sommigen moeten worden versterkt.

Ten derde – en ook daarover zijn we het allemaal eens – geldt dat zowel preventieve acties als, waar nodig, repressieve acties moeten worden genomen om fraude te bestrijden. We zijn het er ook over eens dat dat alle actoren betreft, gaande van de VI's, de DGEK en de DAC, tot het auditoraat en zelfs de rechtbanken. Mijnheer de minister, u moet al die actoren betrekken bij uw actieplan houdende handhaving. Dan kunnen we hopelijk snel een stap vooruit zetten, ter bescherming van de overgrote meerderheid van de zorgverstrekkers die hun beroep met passie en correct uitoefenen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- **Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La rage en Europe" (56008782C)**
- **Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre la rage" (56008963C)**

02 Samengevoegde vragen van

- **Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Hondsdolheid in Europa" (56008782C)**
- **Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen hondsdolheid" (56008963C)**

02.01 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, un récent décès lié à la rage a été confirmé en France par l'Institut Pasteur, rappelant que cette maladie quasiment disparue d'Europe occidentale reste mortelle. En effet, elle peut être transmise à l'être humain par morsure ou griffure d'animaux domestiques ou sauvages contaminés. Ce cas interroge sur la vigilance à maintenir dans les pays voisins, dont la Belgique, où la mobilité accrue des personnes et des animaux peut exposer à un risque de réintroduction.

Dans ce contexte, il est essentiel de rappeler les procédures prévues en cas de suspicion ou de confirmation d'un cas de rage sur notre territoire, tant pour la prise en charge médicale des personnes exposées que pour les mesures sanitaires et vétérinaires. La disponibilité du vaccin antirabique ainsi que l'existence d'un protocole clair post-exposition sont des éléments déterminants pour éviter toute propagation. La surveillance des importations d'animaux, notamment en provenance des zones endémiques, reste également un point crucial.

Pouvez-vous préciser le protocole sanitaire actuellement en vigueur en cas de détection d'un cas de rage en Belgique? De quand date la dernière indication de cette maladie sur notre territoire, pour l'humain et aussi pour l'animal? Quelles dispositions sont-elles prises pour assurer la disponibilité du vaccin et la protection rapide des personnes exposées?

02.02 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, la rage est une maladie virale qui se transmet de l'animal à l'homme. Lorsqu'un traitement n'est pas administré après exposition et dès l'apparition des symptômes, la rage est mortelle dans 100 % des cas. Seule une vaccination préventive ou post-exposition rapide peut sauver des vies. La Belgique est officiellement indemne de rage depuis 2001.

Sciensano est un acteur important. Le laboratoire national de référence a développé un réseau de surveillance conjointement avec l'AFSCA et les régions ainsi que les vétérinaires. Le service qualité des vaccins et des produits sanguins est le laboratoire officiel belge pour le contrôle des médicaments, qui est responsable du contrôle qualité des vaccins à rage avant qu'ils ne puissent être mis sur le marché européen. Le centre antirabique de l'Institut de médecine tropicale est quant à lui responsable du traitement post-exposition.

Des inquiétudes émergent concernant la disponibilité des vaccins et des immunoglobulines en Belgique, la couverture vaccinale des groupes à risque – c'est-à-dire voyageurs fréquents, vétérinaires ou personnes travaillant avec la faune – ainsi que la sensibilisation du grand public face à ce danger souvent méconnu. La lutte contre la rage en Belgique relève de différents niveaux de pouvoir.

Cette thématique fait-elle l'objet d'échanges avec les autres niveaux de pouvoir compétents? Pouvez-vous préciser l'état actuel des stocks stratégiques de vaccins antirabiques et d'immunoglobulines en Belgique? Ces stocks sont-ils suffisants pour faire face à plusieurs cas d'exposition simultanés? Disposez-vous de données concernant la mise en œuvre des recommandations qui ont été émises, notamment par Sciensano ainsi que par l'Institut de médecine tropicale, en matière de vaccination préventive pour les personnes à risque? Enfin, des campagnes d'informations spécifiques en concertation avec les autres niveaux de pouvoir sont-elles prévues afin de rappeler au grand public et aux publics à risque la gravité de cette maladie, les gestes préventifs à adopter et les réflexes à adopter également en cas de morsure ou de contact suspect?

02.03 Frank Vandenbroucke, ministre: À la première question de madame Ramlot, qui demande si cette thématique fait l'objet d'échanges avec d'autres niveaux de pouvoir compétents, je peux répondre

que pour la partie animale, cette thématique est bien intégrée dans les échanges et les suivis réalisés entre Sciensano, l'AFSCA et le SPF Santé publique. En ce qui concerne l'aspect humain, cette question ne fait pas l'objet d'échanges directs avec les autres niveaux de pouvoir.

À la question de monsieur Dufrane sur le protocole sanitaire suivi, je peux répondre que pour les cas vétérinaires nous prévenons l'AFSCA et, pour les cas humains, les autorités régionales en matière de santé. Cette question est donc une question pour ces entités.

Troisièmement, la dernière identification chez les humains sur notre territoire date de 1990. Il s'agissait d'un cas importé en raison d'une prise de sang à l'étranger. Le dernier cas endémique – donc une contamination en Belgique – date de 1922. La dernière identification d'un cas vétérinaire date de 1999. Il s'agissait d'un bœuf à Bastogne. Le dernier cas chez les renards date de 1998. Enfin, en 2007 et 2008, deux cas positifs ont été décelés chez des chiens importés illégalement du Maroc et de Gambie.

J'en arrive à la quatrième question, sur la disponibilité du vaccin et la protection rapide des personnes. Sur le marché belge, deux vaccins contre la rage sont disponibles en pharmacie: Rabipur et Verorab. Des ruptures de stock peuvent arriver en Belgique, généralement au printemps et en été. Lorsque la demande des voyageurs est en augmentation, il n'existe pas de stock stratégique de vaccins antirabiques. En cas de contact à haut risque, des immunoglobulines humaines doivent également être administrées localement dans la plaie. Le Verorab est disponible chez les grossistes, mais n'est remboursé que s'il est prescrit par un infectiologue de l'ITM UZA. Les ruptures de stock, là, sont rares.

Concernant la cinquième question, Sciensano n'a pas, à ce stade, collecté de données spécifiques sur ce sujet.

Concernant votre dernière question sur la campagne d'information, vous êtes vraiment dans des matières de prévention et c'est donc une question qui doit être adressée à mes collègues des entités fédérées.

02.04 Anthony Dufrane (MR): Merci monsieur le ministre. Je vous remercie pour les chiffres et les différentes informations que vous nous avez transmises.

La mise en place d'un protocole adapté et d'un suivi des autorités sanitaires est prioritaire d'un point de vue sanitaire.

Concernant la campagne d'information, j'ai bien pris note également que cela relevait des entités fédérées. Je ne manquerai pas de relayer auprès de mes collègues parce que cette problématique est importante et souvent méconnue et une communication peut sauver des vies. Je ne doute pas non plus que vous et votre administration suivrez cette problématique de près.

02.05 Carmen Ramlot (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre, pour vos réponses détaillées.

Ici, mon intention n'était pas de faire un ping-pong entre les ministres du gouvernement, que ce soit ici ou à la région. Je souhaitais attirer votre attention pour que vous soyez justement le chef d'orchestre d'une parfaite coordination entre les différents niveaux de pouvoir. Même si cela n'est pas de votre ressort immédiat, je pense qu'il est de votre devoir – des vies humaines étant en jeu – de suggérer éventuellement une communication à la région au sujet de cette problématique.

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

03 Vraag van Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het beleid rond endometriose" (56009362C)

03 Question de Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La politique en matière d'endométriose" (56009362C)

03.01 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, ik kom nog eens terug op het endometriosedossier. Intussen heb ik via een schriftelijke vraag al wat meer informatie van u ontvangen. Endometriose staat opnieuw volop in de actualiteit. Het is een van die onzichtbare ziekten die, ook in het kader van de Warmste Week, veel aandacht verdienen. In april 2023 heeft de commissie

voor Gezondheid een resolutie goedgekeurd met een aantal vragen aan de regering. U hebt aangegeven uw schouders daaronder te willen zetten. U bent met een actieplan gekomen en intussen hebben we ook al heel wat bijkomende informatie ontvangen, vooral over de inzet van multidisciplinaire centra, dataverzameling en de verbetering van de nomenclatuur.

Recent antwoordde u dat de Technisch-medische Raad volop bezig is met een voorstel in het kader van die nomenclatuur, aangezien de huidige nomenclatuur zeer algemeen is. Er wordt gestreefd naar kwaliteitsborging voor patiënten. Ook wordt samen met de regio's, gelet op hun bevoegdheid, bekeken hoe opleidingen kunnen worden aangepakt. Er is veel overleg nodig met patiëntenorganisaties en andere betrokkenen.

Mijnheer de minister, ik had graag van u vernomen waar we vandaag staan. Welke concrete stappen zijn gezet en kunnen nog worden gezet voor een goede zorg voor de duizenden endometriosepatiënten?

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Muylle ik hoop dat u het niet te frustrerend vindt, maar ik kan niet veel anders antwoorden dan wat ik op 7 oktober heb gezegd in antwoord op uw toenmalige mondelinge vragen. Ik zal dus in essentie ongeveer hetzelfde antwoord geven.

We werken aan een zorgnetwerk van endometrioseklinieken rond een endometriose-expertisecentrum, zodat er een nationaal netwerk ontstaat. De Technische Geneeskundige Raad werkt nog aan een specifieke verstrekking voor complexe endometriosechirurgie in overleg met de wetenschappelijke vereniging van gynaecologen. Er wordt gewerkt aan kwaliteitsindicatoren, klinische zorgpaden en rapportering voor MBV-pathologie en chirurgie.

Hetzelfde geldt voor huisartsen en artsen-specialisten, voor wie bijscholing moet worden voorzien en sensibiliseringscampagnes moeten worden opgezet.

Dat geldt ook voor informatie voor het grote publiek. We zijn een dialoog aangegaan met patiëntenorganisaties en wetenschappelijke verenigingen. Er wordt nog gewerkt aan aanvullend overleg met de patiëntenorganisaties. De bedoeling is om dat op te volgen met een algemene werkgroep en om specifieke experts op afzonderlijke onderdelen verder te laten werken.

Ik stel voor dat ik, wanneer er vooruitgang wordt geboekt in een of meerdere onderdelen, die informatie met u deel of u suggereer om een vraag in te dienen. Dat betekent niet dat u per se moet wachten, maar op dit moment heb ik niet veel nieuws te melden.

03.03 **Nathalie Muylle** (cd&v): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. Ik vermoed dat een vraag en een antwoord mekaar gekruist hebben en dat deze vraag daarom op de agenda is blijven staan.

Veel patiënten vragen mij – ik was immers een van de initiatiefnemers – waar we vandaag staan. Misschien is er nog niet veel zichtbaar op het terrein, wat begrijpelijk is. Er zijn acties ondernomen, zeker in het kader van de Warmste Week. Het zou fijn zijn om, ook in het kader van de resolutie die destijds kamerbreed werd gesteund, een voortgangsplan te kunnen zien en inzicht te krijgen in de concrete initiatieven en timing.

Het is bemoedigend dat er in het kader van verstrekkingen en nomenclatuur echt aan die oefening wordt gewerkt. Vandaag worden patiënten op het terrein immers voor complexe chirurgie geweigerd of wordt hun operatie uitgesteld wegens de nomenclatuur. Het is daarom belangrijk dat er een concreet tijdspad is. Informatie is cruciaal, gezien de vele taboes rond dat onderwerp.

Het is positief dat in het kader van de Warmste Week aandacht wordt besteed aan de problematiek. Vandaag hebt u getoond dat er effectief acties op het terrein plaatsvinden. Het zou goed zijn om de opvolging daarvan mee te nemen en over die initiatieven te communiceren. Ik wil graag vragen stellen, maar ben ervan overtuigd dat u daaromtrent ook wel de nodige communicatie zult voeren. Patiënten verdienen het om te zien welke goede initiatieven in het Parlement en door de regering worden genomen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

04 **Samengevoegde vragen van**

- **Nathalie Muylle** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning en financiering van de mug-heli" (56009363C)
- **Benoît Piedboeuf** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De erkenning van de mughelikoptercentra" (56010499C)

04 **Questions jointes de**

- **Nathalie Muylle** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance et le financement de l'hélicoptère du SMUR" (56009363C)
- **Benoît Piedboeuf** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La reconnaissance des centres médicaux héliportés" (56010499C)

04.01 **Nathalie Muylle** (cd&v): Mijnheer de minister, ik kaart tegen mijn gewoonte in een dossier aan, dat voor mijn provincie West-Vlaanderen belangrijk is, namelijk de erkenning van de mughelikopter. Collega Piedboeuf zal dat op zijn beurt voor de mughelikopter van Bra-sur Lienne doen.

Afgelopen dagen deden onder andere dokter Müller, erevoorzitter van de stichting mug-heli, en dokter Steen, huidig voorzitter, in verscheidene persartikelen hun beklag erover dat, hoewel het regeerakkoord in een federale erkenning en structurele financiering van de mughelikopter voorziet, zij sceptisch zijn en weinig hoop koesteren. Uw woordvoerder reageerde daarop met te stellen dat u de afspraak daarrond in het regeerakkoord zeer ernstig neemt. Dat is nodig. Vandaag nog wees dokter Steen erop dat de mughelikopter dit jaar al meer dan 1.000 vluchten uitvoerde, voorwaar een historische prestatie.

De stichting zelf – ik ken de organisatie van dichtbij – zit intussen niet stil. Naast een mugwagen in de provincie neemt ook de mughelikopter bijvoorbeeld bloed O-negatief mee aan boord met het oog op pre-hospitalisatie en stabilisatie van patiënten. Er is veel rond te doen en de stichting zelf moest wel wat zalven, aangezien heel wat lokale besturen, die momenteel werk maken van een besparingsoefening en gesterkt door het zinnetje in het regeerakkoord over de federale financiering, van plan waren om minder tot zelfs geen middelen meer bij te dragen aan die dienstverlening.

Vorige keer suste u dat u advies had gevraagd aan de Federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening en dat u met een voorstel zou komen. Ik vraag gewoon duidelijkheid voor de mensen op het terrein, mijnheer de minister. Komt er iets, en zo ja, wat?

04.02 **Benoît Piedboeuf** (MR): *Monsieur le ministre, l'accès rapide et qualifié aux soins médicaux urgents reste un enjeu fondamental de santé publique, particulièrement dans les régions rurales ou éloignées des grands centres hospitaliers hyperspécialisés. Les études scientifiques récentes, menées tant par des universités belges que par des acteurs de terrain, ont démontré que le recours au service hélicoptéré d'urgence permet de réduire de façon significative les délais d'intervention, offrant ainsi à chaque patient, quel que soit son lieu de résidence, les mêmes chances de survie et de récupération que dans les zones urbaines.*

Au mois de juin dernier, en réponse à des questions parlementaires, vous avez annoncé demander un rapport au Conseil national des secours médicaux d'urgence afin de juger de la valeur ajoutée du vecteur hélicoptéré.

Mes questions sont donc les suivantes: Avez-vous reçu ce rapport? Si tel est le cas, pouvez-vous nous faire part des conclusions que vous en tirez? L'accord de gouvernement prévoit qu'il y aura une reconnaissance définitive du vecteur hélicoptéré afin d'assurer la pérennité des deux structures hélicoptérées médicales actuelle (Bruges et Bra). Au vu de cet accord, pouvez-vous nous préciser quand cette reconnaissance aura bien lieu? Un calendrier de travail est-il déjà fixé?

Je vous remercie de vos réponses.

04.03 **Minister Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik heb in het kader van het regeerakkoord opnieuw advies gevraagd aan de Federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening over de mughelikopters of de HEMS (Helicopter Emergency Medical Service).

De Federale raad stelt in zijn meest recente advies dat een HEMS enkel kan worden ingezet wanneer

de grondmiddelen niet beschikbaar zijn of niet tijdig ter plaatse kunnen komen. Alleen binnen dat strikt omschreven uitzonderingskader kan de HEMS worden beschouwd als een functioneel equivalent van een mug, overeenkomstig het federale wettelijke kader voor supraregionale dringende geneeskundige hulpverlening.

De Federale raad formuleert vier concrete aanbevelingen. Ten eerste, de HEMS moet op een complementaire manier worden geïntegreerd in het bestaande urgentiesysteem en enkel wanneer de grondcapaciteit volledig is geoptimaliseerd.

Ten tweede, de integratie van de HEMS moet gebeuren op basis van duidelijke, uniforme en waar mogelijk wetenschappelijk onderbouwde criteria, opgenomen in de *Belgische Handleiding voor de Medische Regulatie*, waarbij de doeltreffendheid en de kwaliteit van de patiëntenzorg steeds als uitgangspunten gelden.

Ten derde, de programmering en financiering moeten worden beperkt tot maximaal twee HEMS-eenheden, één in het noorden en één in het zuiden van het land, elk beheerd door een ziekenhuis of een samenwerkingsverband van ziekenhuizen en geïntegreerd in de bestaande urgentienetwerken, overeenkomstig de regels die gelden voor de supraregionale mug's.

Ten vierde, als basisprincipe moet worden gehanteerd dat de kostprijs voor de patiënt bij een HEMS-interventie niet mag verschillen van de kostprijs van een conventionele mug-interventie.

Dat is wat de Federale raad concreet aanbeveelt. Ik heb die aanbevelingen voor mij liggen en we zijn ze aan het analyseren. Eerdere adviezen over hetzelfde onderwerp uit 2019 en 2022 waren eerder kritisch. Ik probeer nu die elementen op een rijtje te zetten en met elkaar te integreren. Op basis daarvan zal ik nagaan welke beslissing we het best nemen.

04.04 Nathalie Muylle (cd&v): Mijnheer de minister, u hebt eigenlijk hetzelfde antwoord gegeven als begin dit jaar, toen het advies van de Federale raad voor dringende geneeskundige hulpverlening uitkwam. U ging het toen ook bekijken op basis van het advies. U zei toen kort wat dit advies zou inhouden. U zegt nu dat u zult bekijken wat uw beslissing zal zijn.

Ik wil u vragen om ook in overleg te gaan met het terrein. Zorg voor duidelijkheid en een timing. We hebben hierover in het kader van het regeerakkoord gesproken. Er is een engagement opgenomen in het regeerakkoord. Laten we bekijken op welke manier het kan. Ik heb voor een stuk begrip voor de voorwaarden die hieraan gekoppeld zijn. We moeten echter heel snel duidelijkheid krijgen. Dit dossier kent al een jarenlange periode van onzekerheid. Eens er duidelijkheid is, weet men waar men aan toe is en hoe dit kan ingeschakeld worden in het kader van dringende medische hulpverlening.

Ik laat dit niet los. Ik ben enigszins ontgoocheld, want ik dacht dat we vandaag al verder stonden en richting besluitvorming gingen. Ik vraag u dus om duidelijkheid en om een timing. Dat is wat de mensen op het terrein zouden moeten kunnen krijgen van u.

04.05 Benoît Piedboeuf (MR): Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement prévoit une reconnaissance définitive du vecteur hélicoptère afin d'assurer la pérennité des deux structures hélicoptères actuelles.

Vous indiquez que le conseil est que ce soit intégré à l'ensemble de l'aide médicale urgente avec le vecteur routier, que ce soit basé sur des critères scientifiques, que seulement deux unités soient financées et que le coût soit le même pour le patient.

Nous sommes bien d'accord là-dessus. L'accord de gouvernement est clair. Il n'y a plus qu'à mettre cela en place.

Monsieur le ministre, je vous remercie de bien vouloir essayer d'arriver à ce dispositif prévu par l'accord de gouvernement, qui est absolument indispensable dans certains cas, notamment en zone rurale, quand il faut intervenir rapidement et envoyer les blessés, les patients dans un hôpital au niveau pour les accueillir.

Nous avons une complémentarité avec le Grand-Duché de Luxembourg qui peut aussi être développée.

Des territoires peuvent être couverts tant par le Grand-Duché de Luxembourg d'un côté que par l'hélicoptère de Bra-sur-Lienne de l'autre. Il est important d'assurer la même qualité de soins à tous les endroits du pays.

Monsieur le ministre, merci de votre réponse. J'attends la résolution et la mise en œuvre de la reconnaissance du vecteur héliporté.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le soutien aux sages-femmes" (56009600C)

05 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Steunmaatregelen voor vroedvrouwen" (56009600C)

05.01 **Jean-François Gatelier** (Les Engagés): Monsieur le ministre, je reviens vers vous avec une thématique qui me tient à cœur: le soutien aux sages-femmes.

L'accord de gouvernement prévoit notamment un statut social pour les sages-femmes en cas de conventionnement, le renforcement de leur rôle dans le suivi des grossesses à faible risque, la création d'un cadre attractif pour les soins de première ligne, ainsi que la mise en œuvre d'une approche intégrée et interdisciplinaire des soins périnataux en collaboration avec les gynécologues et les sages-femmes.

Dans la lettre de mission adressée par le gouvernement à l'INAMI concernant le budget 2026, il est rappelé la nécessité de poursuivre le travail sur des parcours renforçant le rôle des sages-femmes dans les soins primaires. Il y est également indiqué qu'il conviendrait de réfléchir à la manière de dégager des moyens afin d'investir de façon ciblée dans les meilleurs honoraires.

Monsieur le ministre, dans l'attente de la réforme de la nomenclature qui permettra de revaloriser cette profession, et dans le contexte budgétaire difficile que nous connaissons, quelles mesures de soutien et quelles perspectives existent pour les sages-femmes, qui jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des futurs et jeunes parents ainsi que des nouveau-nés?

05.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je crois, monsieur Gatelier, que le budget des soins de santé 2026, tel qu'approuvé par le Conseil général, est conforme à l'accord gouvernemental ainsi qu'aux préoccupations évoquées dans la lettre de mission du gouvernement, notamment en ce qui concerne les soins prodigués par les sages-femmes. Vous avez raison de souligner que c'est une question importante.

Le Conseil général insiste pour que les travaux visant à renforcer le rôle des sages-femmes dans les soins de première ligne se poursuivent rapidement, afin de mettre en place un trajet périnatal bien développé. Ces travaux sont en cours.

Le groupe de travail interdisciplinaire "Trajet périnatal pour les grossesses à bas risque", réunissant différentes parties prenantes – sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues, hôpitaux et mutualités, ainsi que les organisations représentant les patients – s'est réuni pour la troisième fois vendredi dernier. Les discussions se poursuivent. Nous ne pouvons pas nous avancer à ce stade quant aux initiatives concrètes qui seront développées à la suite de ce groupe de travail, mais celles-ci devraient constituer une valeur ajoutée tant pour les futures mamans que pour les différents dispensateurs de soins impliqués dans le suivi de leurs grossesses et post-partum.

Par ailleurs, le trajet de soins pour femmes fragilisées mis en place par l'INAMI l'an dernier vise à offrir un suivi périnatal personnalisé et intégré pour des femmes enceintes, leurs enfants et leur entourage, en particulier pendant les mille premiers jours à partir de la conception de l'enfant. Ce programme met l'accent sur la coordination et la continuité des soins, et la sage-femme est partie prenante de ce trajet de soins. Il offre une vision innovante de l'accompagnement périnatal qui pourrait un jour être élargi à toutes les grossesses.

La lettre de mission adressée par le gouvernement à l'INAMI invitait à réfléchir à des moyens de libérer

des ressources afin d'investir de manière ciblée dans de meilleurs honoraires. Aujourd'hui, les sages-femmes sont le seul secteur dont les prestations sont entièrement fournies sans ticket modérateur. Le Conseil général estime donc qu'il est justifié d'introduire un ticket modérateur dans la nomenclature des sages-femmes semblable à celui appliqué pour les consultations des médecins généralistes, c'est-à-dire quatre euros pour un bénéficiaire classique et un euro pour un bénéficiaire de l'intervention majeure. Cela représenterait un montant estimé d'environ 4,1 millions d'euros pour le secteur. Les moyens ainsi libérés, calculés et actualisés en 2026 seront réinvestis dans une revalorisation des honoraires.

La Commission de conventions entre sages-femmes et organismes assureurs est invitée à poursuivre ses travaux en ce sens à compter du 1^{er} janvier 2026. Cette homogénéisation avec les autres secteurs est une première étape dans la reconnaissance et la valorisation des sages-femmes dans notre système de soins de santé.

05.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, le hasard de l'agenda veut que j'ai été informé que vous les rencontrerez demain. Vous pourrez donc, à mon avis, leur apporter cette réponse qu'elles attendent tant.

L'introduction du ticket modérateur est déjà une très bonne chose. Elle a été perçue très positivement et donne un bon signal. C'est clairement une priorité pour vous de trouver une solution pour ce métier car l'ensemble des soignants souffrent vraiment d'une urgence en revalorisation salariale. On sait très bien qu'il y a une iniquité dans les dépenses en soins de santé. On en parle souvent.

Encore aujourd'hui, on a parlé de fraude sociale. Ces dizaines de milliers d'euros, de millions d'euros qui ne vont pas directement dans l'intérêt des soins de santé, c'est un problème. Et, pendant ce temps-là, des soignants sont mal valorisés. Hormis les sages-femmes, il y en a d'autres; je ne vais pas les énumérer.

En soins de santé, il y a du gaspillage. On a récemment parlé aussi de surconsommation de médicaments.

Il existe donc vraiment des moyens pour revaloriser tous ceux qui passent du temps à côté du patient. Cela doit être une priorité du gouvernement et je ne doute pas que nous sommes sur la même longueur d'onde à ce sujet.

Pour ce qui est des sages-femmes, je veux insister sur leur rôle primaire dans les soins de santé. À partir de l'année prochaine, la population de ma région devra faire plus d'une heure en voiture pour avoir accès à une maternité. C'est la première fois en Belgique qu'une région est aussi isolée et se retrouve sans maternité. On aura dès lors besoin de ces personnes de terrain qui permettront d'éviter des catastrophes sur le plan sanitaire, dont les problématiques liées à l'obstétrique et aux accouchements inopinés.

Je compte donc sur vous, monsieur le ministre, pour parvenir rapidement à une solution avant que le secteur ne s'essouffle.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Questions jointes de

- Marie Meunier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le nouveau CPVS de l'arrondissement judiciaire Mons-Tournai" (56009766C)

- Florence Reuter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Un CPVS pour le Brabant wallon" (56010122C)

06 Samengevoegde vragen van

- Marie Meunier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het nieuwe ZSG in het gerechtelijk arrondissement Bergen-Doornik" (56009766C)

- Florence Reuter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een ZSG in Waals-Brabant" (56010122C)

06.01 Marie Meunier (PS): Monsieur le ministre, la création d'un CPVS (Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles) à Mons est annoncée depuis plusieurs années. En début de législature, il m'avait été confirmé que les moyens financiers étaient bien prévus pour une ouverture en 2026.

Cependant, il ne semble plus certain aujourd'hui que le centre soit implanté à Mons, puisqu'il est désormais question d'un CPVS pour l'ensemble de l'arrondissement judiciaire Mons-Tournai. Les candidatures ont été déposées au printemps et la décision de l'INAMI était attendue pour l'automne. Nous sommes maintenant en décembre et donc en hiver.

Monsieur le ministre, pouvez-vous tout d'abord nous communiquer la décision quant au lieu retenu pour l'implantation du prochain CPVS dans l'arrondissement Mons-Tournai? Le cas échéant, pouvez-vous confirmer que l'ouverture du centre reste bien prévue pour 2026?

06.02 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, les CPVS jouent un rôle essentiel, un rôle de soutien et d'accompagnement global, à la fois médical, psychologique et judiciaire, dans un cadre sécurisé et intégré.

On compte aujourd'hui en Belgique 11 CPVS, dont un à Bruxelles, et leur nombre sera porté à 13 en 2026 afin de couvrir l'ensemble du pays. À ce jour, le Brabant wallon reste la seule province dépourvue de CPVS, malgré un accord conclu en ce sens sous le gouvernement Vivaldi.

Pourtant, tout est prêt. J'ai pu rencontrer des infirmières de l'hôpital Saint-Pierre d'Ottignies qui ont introduit la candidature pour l'ouverture d'un CPVS. Les locaux sont déjà disponibles et conçus spécialement pour le centre. L'hôpital a le soutien de la commune d'Ottignies-Louvain-la-Neuve ainsi que de la province. Il ne manque donc plus que l'accord du fédéral.

Monsieur le ministre, cet accord est-il toujours d'actualité? Pouvez-vous me confirmer que le Brabant wallon aura bien un CPVS et qu'ainsi toutes les provinces du pays seront couvertes?

Vous avez lancé cet appel à candidatures. Pouvez-vous me dire combien de dossiers ont été introduits, combien d'entre eux provenaient du Brabant wallon et sur la base de quels critères ils seront sélectionnés, s'ils ne l'ont pas encore été?

Je me permets de vous rappeler les arguments qui plaident en faveur d'un CPVS à Ottignies-Louvain-la-Neuve.

La ville est géographiquement située en plein centre du pays, à la croisée des grands axes routiers et ferroviaires. La commune abrite pas moins de 20 000 étudiants de hautes écoles et d'universités, une population particulièrement vulnérable aux violences sexuelles.

Comme je l'ai dit, la Clinique Saint-Pierre dispose du personnel nécessaire, mais aussi de locaux équipés pour accueillir les victimes dans des conditions optimales.

Les services de police ont été spécifiquement formés à la prise en charge des victimes de violences sexuelles et collaborent déjà avec le parquet du Brabant wallon via la procédure d'assistance aux victimes d'agressions sexuelles (PAVAS).

Enfin, la synergie entre la clinique, l'UCLouvain, le parquet, le gouverneur, la province, la ville d'Ottignies et la police garantit une approche intégrée, cohérente et prête à être déployée sans délai.

06.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Au cours de l'année écoulée, l'INAMI, en collaboration avec les fédérations hospitalières et l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes, a travaillé à l'élaboration d'un cadre juridique pour ces conventions. Ce travail a abouti à un arrêté royal relatif à la convention entre le Comité de l'assurance et l'hôpital dans le cadre des CPVS, publié au *Moniteur belge* le 26 septembre 2025.

Dans la foulée, un appel à candidatures a été lancé sur le site internet de l'INAMI. Les hôpitaux ont eu la possibilité de soumettre leur candidature jusqu'au 5 novembre. Quinze hôpitaux se sont manifestés. L'INAMI est en train d'évaluer tous les dossiers soumis avec la même attention et en fonction des mêmes critères, conformément aux dispositions dudit arrêté royal. Sur la base de cette évaluation, 13 centres seront sélectionnés par le Comité de l'assurance, après quoi ils incluront une convention avec celui-ci à compter du 1^{er} janvier. Un CPVS sera sélectionné par arrondissement judiciaire. Cela signifie qu'il y aura en effet un centre pour celui du Brabant wallon et un autre pour celui de Mons.

Étant donné que la procédure de sélection n'est pas encore terminée, je ne suis pas en mesure de vous indiquer les CPVS choisis. Je puis toutefois vous confirmer que la convention entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2026. Il est possible qu'un centre sélectionné ne soit pas encore opérationnel à cette date afin d'accueillir les victimes, car divers préparatifs sont nécessaires: travaux d'infrastructure et de recrutement, formation du personnel, etc.

L'INAMI et l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes travaillent en étroite collaboration pour s'assurer que les 13 centres sélectionnés soient opérationnels aussi rapidement et qualitativement que possible dès l'entrée en vigueur de la convention. À partir du moment où un centre peut recevoir des victimes, il sera considéré comme opérationnel, conformément à l'arrêté royal publié. En résumé, encore un peu de patience!

06.04 Marie Meunier (PS): Merci, monsieur le ministre pour votre réponse. Comme vous dites, on va prendre notre mal en patience, on a vraiment hâte d'avoir la décision finale.

06.05 Florence Reuter (MR): Monsieur le ministre, je ne vais pas rappeler les arguments, puisque c'est l'INAMI qui évalue en ce moment même les critères. Je vous remercie d'avoir confirmé qu'il y aura bien un CPVS en Brabant-wallon, en espérant évidemment qu'on tienne compte des candidatures, où là tout est déjà prêt, comme je l'expliquais dans ma question, pour accueillir ce centre et donc pouvoir prendre en charge au plus vite les victimes de violences sexuelles.

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

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Blaassondes" (56009831C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les sondes vésicales" (56009831C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag gaat over blaassondes. Ze is gebaseerd op het verhaal van een jongetje van 6 jaar. Hij krijgt een terugbetaling voor autosondes voor urine en een aantal bijhorende thuisverpleegkundige zorgen. Die thuisverpleegkundige prestaties voor blaassondage met bepaalde nummers kunnen volgens een nieuwe regelgeving niet meer gecumuleerd worden met terugbetaalde sondes voor autosondage. Dat is normaal, want een dubbele terugbetaling van prestaties is niet noodzakelijk.

In het verhaal dat tot mij kwam, gaat het echter om een kind van 6 jaar dat autosondages terugbetaald krijgt, maar op school niet kan worden geholpen, omdat de ouders het kind bij de sondage moeten helpen. Daarom gaan thuisverpleegkundigen naar de school om daar de thuisverpleegkundige zorg toe te dienen.

Sinds het nieuwe koninklijk besluit moeten die zorgen worden betaald, wat neerkomt op meer dan 200 euro per maand. Ik vermoed dat deze situatie bij het opmaken van de regelgeving niet werd

voorzien. Ik had ook vernomen dat de Christelijke Mutualiteiten en waarschijnlijk ook andere mutualiteiten controles uitvoeren op de eventuele cumulatie van sondages.

Graag verneem ik van u in hoeverre de informatie die de patiënt of voogd aan de thuisverpleegkundige verstrekt, bindend is. In hoeverre kan de thuisverpleegkundige altijd vaststellen of het al dan niet sondes betreft voor autosondage? Indien de patiënt verkeerde informatie geeft en er toch thuisverpleegkundige zorg wordt aangerekend, hoe wordt dat dan geïnterpreteerd?

De prestaties voor blaassondage worden terugbetaald op doktersvoorschrift. Waar ligt de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts? Mij is gemeld dat er soms wordt overgegaan tot blaasspoelingen in plaats van sondages, wat ongeveer dezelfde nomenclatuur betreft, maar een andere uitvoering is. Hoe kan dat gecontroleerd worden?

Hoeveel overtredingen zijn er al vastgesteld?

Bepaalde patiënten die in aanmerking komen voor autosondage ondervinden in kwetsbare periodes moeilijkheden. Bestaat daar een mogelijkheid om toch zorg terugbetaald te krijgen?

Kan een verpleegkundige op het zicht weten welke sondes terugbetaald worden of niet?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, u had het in de schriftelijke neerslag van uw vraag niet over het concrete verhaal van het kind, maar het maakt duidelijk wat het probleem kan zijn.

Het doorgeven van informatie door de patiënt aan de thuisverpleegkundige is gebaseerd op wederzijds vertrouwen. Dat wil zeggen dat ieder zijn verantwoordelijkheid moet nemen.

Op dit moment is het voor een thuisverpleegkundige niet mogelijk om de informatie op een eenvoudige manier te verifiëren, maar om dat in de toekomst wel mogelijk te maken, wordt er momenteel gekeken of het haalbaar en wenselijk is om die informatie op te nemen in de dienst MemberData binnen MyCareNet. Daardoor zou een gemachtigd zorgverlener specifieke informatie van een lid van een verzekeringsinstelling kunnen raadplegen in het kader van een correcte facturering. Zo zou de verpleegkundige zich kunnen baseren op een authentieke bron.

In het kader van het cumulverbod tussen de tegemoetkoming voor autosondage en een sondage door de verpleegkundige werd in een recente omzendbrief van het RIZIV aan de VI's expliciet gevraagd om alle betrokkenen te sensibiliseren, met de bedoeling om zowel de patiënten als de zorgverleners te wijzen op dat cumulverbod, het belang daarvan en het belang van volledige informatie.

Naar aanleiding van een recente wijziging van artikel 8 van de nomenclatuur is er geen voorschrift van de arts meer vereist voor het aanrekenen van intermitterende blaassondage door een thuisverpleegkundige. Voor terugbetaling door de verplichte ziekteverzekering is er enkel nog een voorschrift vereist voor die verstrekkingen die ook een voorschrift vereisen in het kader van de uitoefening van het beroep. Een intermitterende blaassondage is een B1-handeling, dat wil zeggen dat die niet moet worden voorgeschreven door een arts.

Voor de mogelijkheid tot controle door de verpleegkundige verwijs ik naar wat ik daarnet zei, namelijk de piste van MemberData.

Bij de verzekeringsinstellingen zijn inmiddels 62.067 onterechte verstrekkingen ter waarde van 238.711,84 euro vastgesteld. De meeste werden intussen geregulariseerd.

Bij patiënten die niet langer in staat zijn zichzelf te sonderen, kan de sondage door een verpleegkundige worden uitgevoerd. Daartoe kan de arts-specialist het ziekenfonds van de patiënt verzoeken om de machtiging voor de terugbetaling van sondes in het kader van autosondage thuis stop te zetten. Indien later blijkt dat de patiënt opnieuw in staat is tot autosondage, kan de arts-specialist een nieuwe aanvraag indienen voor de terugbetaling van sondes voor autosondage thuis.

De lijst van de vergoedbare sondes voor urinaire autosondage wordt in het *Belgisch Staatsblad* gepubliceerd en is ook beschikbaar op de website van het RIZIV.

Ik wil hier nog wat meer over zeggen, omdat uw vraag pertinent is, zeker in het licht van de concrete situatie die u schetst. Dit illustreert dat bij kinderen, maar ook bij mensen met een handicap, in de beginfase wel problemen op het terrein kunnen optreden. We hebben er daarom bij het RIZIV op aangedrongen met concrete oplossingen te komen. De verschillende overlegorganen worden deze en volgende week samengebracht, waaronder de Overeenkomstencommissie thuisverpleging, de Commissie voor Terugbetaling van Farmaceutische Producten en Verstrekkingen en de DGEC. We volgen dit dus verder op om de situatie concreet en praktisch te verbeteren.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Ik dank u voor het antwoord, mijnheer de minister.

Twee zaken zijn essentieel.

Ten eerste, we moeten een oplossing vinden bij gemengd gebruik, voor kinderen of personen met een handicap, zodat er geen extra kosten voor die patiënten ontstaan wanneer de entourage, de voogd of de verzorgende, het kind of de persoon met een handicap niet kan helpen. Tweehonderd euro per maand opleggen is immers veel, zeker wanneer men de betrachting heeft om zo autonoom mogelijk te werken. Autosondages bestaan immers om de last op de verzorgende organisatie zo minimaal mogelijk te houden. Hiervoor moet een oplossing worden gezocht. Ik ben dan ook zeer tevreden dat u de commissie hebt samengeroepen om te onderzoeken of er voor die mensen in de verstrekking van terugbetaalde thuisverpleegkundige zorg kan worden voorzien.

Ten tweede, de verpleegkundige moet over een authentieke bron beschikken om te controleren of de zorg al dan niet kan worden toegediend tegen terugbetaalde tarieven. Dat is essentieel. Zolang een zorgverstrekker niet kan controleren of de sondes al dan niet voor autosondage zijn, kan hij heel moeilijk de juiste tarieven aanrekenen en werken zoals het hoort.

Uiteraard is 238.000 euro veel geld en klopt het dat een dubbele terugbetaling niet noodzakelijk is. Daarom dient de situatie veeleer per casus te worden onderzocht, waarbij in uitzonderingen voor de meest kwetsbaren kan worden voorzien.

*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 toekomst en leefbaarheid van de extramurale zorg" (56009886C)

08 Question de Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avenir et la viabilité des soins extra-muros" (56009886C)

08.01 Irina De Knop (Open Vld): Mijnheer de minister, een tijdje geleden heeft een bekend econoom, de heer Van de Cloot, de alarmbel geluid over de extramurale zorg. Volgens hem dreigt dat zorgmodel, dat net inzet op toegankelijkheid, efficiëntie en patiëntnabijheid, door het huidige beleid bewust te worden ondermijnd. Hij noemt dat roekeloos en mogelijk onomkeerbaar. Hij stelt dat een op de vier artsen overweegt te stoppen met extramurale activiteiten als de financiële druk verder toeneemt.

Jonge artsen voelen zich naar eigen zeggen afgeremd in hun plannen en ontmoedigd in hun ondernemerschap. Het risico bestaat dan ook dat velen afhaken, met grote gevolgen voor de toegankelijkheid van de zorg en de capaciteit in de ziekenhuizen, die nu al onder zware druk staan.

U weet dat wij die analyse delen. Zoals de econoom aangeeft, is het extramurale precies een deel van de oplossing voor een duurzame gezondheidszorg. Die kan kwaliteitsvol, dichtbij en kostenefficiënt zijn, maar mogelijke nieuwe beleidsmaatregelen, zoals uw plannen inzake ereloonsupplementen, kunnen de autonomie en het voortbestaan van dat zorgmodel in gevaar brengen.

Mijnheer de minister, die waarschuwing komt toch niet van de minste, vandaar mijn concrete vragen.

Hoe reageert u op de analyse dat het huidige beleid de extramurale zorg structureel zou verzwakken in plaats van versterken? Bent u zich bewust van de signalen dat een op de vier artsen overweegt te

stoppen met extramurale zorg?

Hoe wilt u voorkomen dat dit segment van onze gezondheidszorg, dat toch zeer belangrijk is, instort? Zult u de autonomie, de financiële leefbaarheid en de aantrekkelijkheid van de extramurale zorg versterken, zodat zorgverleners gemotiveerd blijven ook buiten het ziekenhuis actief te blijven? Hoe wilt u dat doen?

Bent u bereid, mijnheer de minister, samen met de sector te werken aan een stabiele langetermijnvisie voor de extramurale zorg, met duidelijke garanties voor de kwaliteit, voor de continuïteit en voor de vrije keuze van de patiënt?

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw De Knop, de regering erkent de rol die extramurale zorg kan spelen in betaalbare, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg. Dat staat ook uitdrukkelijk in het regeerakkoord. Extramurale praktijken kunnen een waardevolle aanvulling vormen op de ziekenhuizen. Het is dan ook nuttig om die correct in kaart te brengen. Daarom zullen we een verplichting invoeren voor extramurale praktijken om zich te registreren in het medisch kadaster. Samen met de deelstaten willen we normen uitwerken op het vlak van patiëntveiligheid, waaraan die praktijken moeten voldoen en die aan de hand van het register kunnen worden opgevolgd.

We hebben het nog niet zo lang geleden gehad over de enquête en de cijfers die u aanhaalde. Er is dus niet veel reden om dat gesprek opnieuw te openen. Het beleid dat we vandaag ontwikkelen, is er net op gericht extramurale zorg in een stabiel en toekomstgericht kader te plaatsen, met behoud van de professionele autonomie en een sterke samenwerking met de eerste lijn en de ziekenhuizen.

Artsenorganisaties hebben tot midden 2027 de opdracht om binnen de medicomut een overlegd en fijnmazig voorstel uit te werken voor de omkadering van ereloonsupplementen, gebaseerd op objectieve gegevens en gekoppeld aan de hervorming van de nomenclatuur. Zo zorgen we voor een solide en solidaire financiële basis binnen en buiten het ziekenhuis, steeds in nauw overleg met de sector binnen de RIZIV-overlegorganen.

08.03 **Irina De Knop** (Open Vld): Mijnheer de minister, we zitten een beetje op een andere golflengte. We zullen naar aanleiding van de bespreking van de kaderwet de gelegenheid hebben om hierop verder in te gaan. We zullen dat zeker niet nalaten.

Ik dank u voorlopig voor uw antwoorden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56009887C van mevrouw De Knop wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

09 **Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De zelfmoord van een tiener in transitie" (56009914C)**

09 **Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le suicide d'un adolescent en transition de genre" (56009914C)**

09.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, enige tijd geleden raakte bekend dat ouders van een tiener in transitie die afgelopen zomer uit het leven stapte, klacht hebben ingediend bij het AZ Groeninge in Kortrijk. Volgens berichten in de media kreeg de jongere na één enkel gesprek met een arts en psycholoog testosteron voorgeschreven. Dat gebeurde zonder grondige voorafgaande psychologische screening of langdurige begeleiding. Dat is een pijnpunt waar we in het verleden al vaker over hebben gedebatteerd. De ouders geven aan dat hun bezorgdheden niet tijdig werden opgevolgd en dat zij geen inzage kregen in het medisch dossier van hun kind.

De tragische gebeurtenis roept ernstige vragen op over de zorgvuldigheid van de procedures bij gendertransities, zeker wanneer het gaat om minderjarigen of jongvolwassenen met onderliggende psychologische problemen.

Mijnheer de minister, welke richtlijnen of protocollen bestaan er in ons land voor ziekenhuizen en artsen die betrokken zijn bij medische transitie bij jongeren of jongvolwassenen? Wordt ook toegezien op de naleving van die richtlijnen? Wat zijn de controlemechanismen bij ziekenhuizen die dergelijke behandelingen aanbieden?

Overweegt u om, naar aanleiding van dit tragische geval, bijkomende maatregelen te nemen om te garanderen dat elke medische transitie voorafgegaan wordt door een grondige psychologische evaluatie en begeleiding? Zult u erop toezien dat ouders in dergelijke dossiers tijdig en correct geïnformeerd worden, binnen de grenzen van het beroepsgeheim en de rechten van de patiënt?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, ik denk dat we ons niet kunnen voorstellen hoe ingrijpend het is om op die manier een kind te verliezen en ik wil daarom beginnen met mijn medeleven te betuigen aan het gezin, de vrienden en de familie naar aanleiding van uw vraag. Dat zijn bijzonder tragische gebeurtenissen die diepe sporen nalaten. We moeten het maatschappelijk debat daarover blijven voeren op een manier die open, verantwoordelijk en respectvol is. Uw vragen zijn in dat verband zeer relevant, maar vergen ook een zorgvuldige toelichting.

Wat uw eerste vraag betreft, kan ik u meegeven dat de verantwoordelijkheid over de toegang tot medicamenteuze behandelingen en chirurgische ingrepen in het kader van een transgendertraject bij de behandelende arts ligt. Er bestaat geen overkoepelende Belgische richtlijn, maar er zijn internationale richtlijnen die een centrale plaats innemen, zoals de *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*. Ook het advies van de Orde der artsen over de zorg voor adolescenten is in deze context relevant, aangezien daarin wordt gewezen op verschillende deontologische aspecten waarmee rekening moet worden gehouden bij de zorg voor minderjarige patiënten met genderdysforie.

Daarnaast heeft het RIZIV sinds 1 januari van dit jaar met zes centra een nieuwe overeenkomst voor transgenderzorg gesloten, waardoor het aantal centra voor transgenderzorg is uitgebreid van twee naar zes. Die overeenkomst voorziet een tegemoetkoming in de psychosociale begeleiding in de vorm van individuele zittingen, groepszittingen, familiale zittingen en een pre- en postoperatief gesprek, verleend door een psycholoog, casemanager of maatschappelijk werker die aan het centrum verbonden is.

De begeleiding voorzien in die overeenkomst heeft mede als doel de patiënten te informeren over en te begeleiden in alle aspecten van de genderincongruentie en eventuele behandelingen te coördineren en op te volgen. Daarbij worden de aard van de behandelingen en de verwachte en ongewenste effecten besproken en worden de patiënten geïnformeerd en geadviseerd over hoe ze kunnen omgaan met een genderaffirmerende behandeling en de gevolgen ervan. Die centra dienen te allen tijde te handelen in overeenstemming met de regels voor een goede praktijkvoering, die internationaal gevalideerd zijn.

Uw tweede vraag gaat over de manier waarop wordt toegezien op de naleving van die richtlijnen en de controlemechanismen bij ziekenhuizen die dergelijke behandelingen in het kader van transgenderzorg aanbieden. De centra die de overeenkomst hebben gesloten, zijn onderworpen aan verschillende voorwaarden, onder andere met betrekking tot de samenstelling van het zorgteam en de inhoud van de voorziene psychosociale zorg. Ze dienen daarnaast jaarlijks een evaluatierapport in te dienen, dat ook gegevens bevat die ruimer gaan dan de door het centrum verleende psychosociale begeleiding.

We kunnen stellen dat de overeenkomsten met de zes transgendercentra al een belangrijke garantie vormen dat de zorg optimaal wordt geboden. Men mag verwachten dat artsen van andere centra hun patiënten doorverwijzen wanneer dat nodig is.

We stelden ook vast dat er lange wachttijden bestaan binnen de transgenderzorg en dat er signalen zijn dat sommige patiënten hun toevlucht nemen tot zelfmedicatie, waarbij er natuurlijk sprake is van een volledig gebrek aan opvolging. Gezondheidsexperts zijn het erover eens dat opvolging cruciaal is en dat een goede diagnostiek en een aangepaste psychosociale begeleiding daarbij essentieel zijn.

Dat brengt ons bij het belangrijkste punt, namelijk wat in het regeerakkoord staat. Er is een brede evaluatie nodig van de transgenderzorg, inclusief een analyse van de noden. We moeten daarom de noodzakelijke stappen daartoe zetten. Dat is ook al geprogrammeerd bij het KCE. Dat is eigenlijk de essentie van wat we hebben afgesproken; dat is echt wat moet gebeuren. Ik wil daar zelf niet op

vooruitlopen. Ik lees het debat en de reacties op het debat in de media, maar ik zal vanuit mijn functie om die reden op dit moment geen verdere commentaar geven.

Ten derde vroeg u of ik overweeg om naar aanleiding van dat voorval bijkomende maatregelen te nemen om te garanderen dat elke medische transitie wordt voorafgegaan door een grondige psychologische evaluatie en begeleiding. Ik moet u zeggen dat het gerechtelijk onderzoek naar de precieze omstandigheden van dat tragisch overlijden nog lopende is. Ik wil daar niet op vooruitlopen. We zullen de resultaten van dat gerechtelijk onderzoek natuurlijk aandachtig moeten analyseren. Als daaruit blijkt dat bijkomende maatregelen nodig zijn, moeten we dat bekijken.

Met betrekking tot uw laatste vraag, of ik erop zal toezien dat ouders tijdig en correct worden geïnformeerd binnen de grenzen van het beroepsgeheim en de rechten van de patiënt, geldt voor personen vanaf 16 jaar dat een expliciete toestemming van de jongere vereist is om ouders inzage te geven in het medisch dossier van het kind. Zonder toestemming van de jongvolwassenen geldt het volledige beroepsgeheim. Daarmee moeten we ook rekening houden.

09.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

Het is uiteraard zeer moeilijk en tragisch, zoals u zegt. Toch zijn – en dat is een discussie die we wel vaker voeren binnen dit thema – psychologische begeleiding en zorg in de transgenderzorg essentieel.

U refereert aan de transgendercentra, maar uiteraard gaat het hier om zorg buiten een multidisciplinair centrum dat een akkoord heeft gesloten rond transgenderzorg. Dan kan men inderdaad in die gevarezone terechtkomen waarbij de psychologische begeleiding in deze casus wellicht, of zo wordt althans gezegd, niet is toegepast. Ik heb een paar jaar geleden een ander geval met u besproken. Toen ging het over de toediening van puberteitsremmers, ook buiten een dergelijk centrum, waarbij geen psychologische begeleiding werd gegeven.

Dat is de reden waarom we die KCE-studie samen hebben afgesproken binnen het regeerakkoord. Het is essentieel dat we daarmee bekijken of die zorg optimaal is. Wordt het psychologisch aspect, dat in de internationale wetenschappelijke vakpers wordt benadrukt, voldoende toegepast? Past men, vooraleer medicatie toe te dienen, psychologische zorg en screening toe om dan het traject te beginnen en dat nog verder op te volgen? Het is heel belangrijk dat we onze patiënten goed omkaderen en met die centra aan het werk gaan, zodat de patiënten de juiste therapie krijgen.

U haalt zelfmedicatie aan. Ik denk niet dat dit in dit verhaal speelt, maar ik ben er wel van overtuigd dat lange wachtlijsten een doorslaggevende rol kunnen spelen in de keuze van patiënten voor bepaalde centra.

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

10 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het RSV-vaccin" (56009928C)

10 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le vaccin contre le VRS" (56009928C)

10.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Vanaf 1 augustus 2025 wordt een RSV-vaccin terugbetaald voor 65-plussers met een verhoogd risico op ernstige RSV-ziekte, alsook voor 65-plussers die verblijven in residentiële zorg. Dit is uiteraard een belangrijke stap in de bescherming van kwetsbare ouderen, zeker met het oog op het komende RSV-seizoen.

Toch zijn er signalen dat er mogelijk tekorten zouden zijn in de bevoorrading van het vaccin, wat uiteraard vragen oproept over de praktische haalbaarheid van deze terugbetalingsmaatregel.

Graag verneem ik het volgende van u:

Kunt u bevestigen of er momenteel voldoende voorraad is van het vaccin om aan de verwachte vraag bij 65-plussers te voldoen?

Welke maatregelen worden genomen om eventuele tekorten of leveringsproblemen te voorkomen, zeker gezien de start van het RSV-seizoen in het najaar?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: We volgen de beschikbaarheid van het RSV-vaccin Arexvy al maanden zeer nauwgezet op, precies omdat we weten hoe belangrijk het is voor kwetsbare 65-plussers, zeker nu we midden in het RSV-seizoen zitten. Het vaccin is dit najaar inderdaad twee keer niet-beschikbaar geweest. De eerste onderbreking liep van 24 september tot 7 november. Zodra dat probleem opdook, hebben mijn kabinet en de administraties meteen ingegrepen en het FAGG gevraagd om de situatie te monitoren en in contact te treden met de producent GSK. Op 7 november kwam er een nieuwe levering van 55.000 dosissen, maar door de uitzonderlijk grote vraag was ook die voorraad vrijwel onmiddellijk uitgeput. Daardoor zitten we sinds 17 november opnieuw met een onbeschikbaarheid.

In beide gevallen hebben we alle acties ondernomen die binnen onze bevoegdheid liggen. Het FAGG heeft proactief aangedrongen bij GSK om de leveringen te vervroegen. Op dit moment staat Arexvy nog altijd als onbeschikbaar op PharmaStatus. Ik moet altijd opletten wanneer ik 'op dit moment' zeg, want dat verwijst naar het moment waarop mijn adviseur dit antwoord heeft geschreven, maar ik denk dat dat nog altijd zo is. We verwachten dat de firma in ons land op korte termijn nieuwe vaccins beschikbaar zal kunnen stellen, dus sneller dan de datum van 3 februari 2026 die op PharmaStatus staat vermeld.

Kort samengevat, er zijn tijdelijk tekorten geweest door een plotse, zeer sterke vraag. Ik denk dat er snel en goed is gehandeld om bijkomende leveringen te versnellen. We verwachten op korte termijn nieuwe beschikbaarheid om zo goed mogelijk aan de vraag van 65-plussers te voldoen.

10.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Dank u, mijnheer de minister.

Het is wel een beetje godgeklaagd. Als er met een producent wordt afgesproken dat er terugbetaling geldt, dan wordt ook verwacht dat die producent aan de vraag van de markt kan voldoen. Dat is een van de voorwaarden. Men ziet in de praktijk dat de voorschriften zich opstapelen. Patiënten worden zo ongerust. Vroeger waren ze wellicht niet eens gealarmeerd, maar als ze zich nu, na het krijgen van een voorschrift van een arts, willen laten vaccineren, kunnen ze het vaccin niet krijgen. Dat is geen goede manier van werken. U bent het daar wellicht mee eens. Dat zijn zaken die we moeten vermijden en die we in de bespreking met de producent zeker op tafel moeten leggen.

Ik kan alleen maar vaststellen dat mijn collega's daardoor opnieuw ettelijke telefoongesprekken en extra contacten met patiënten hebben moeten voeren. Het belangrijkste is evenwel dat de motivatie van de patiënt niet mag verdwijnen. We weten allemaal dat het vaccin gezondheidswinst oplevert en ziekenhuisopnames kan vermijden. We moeten er dus voor zorgen dat de medicatie beschikbaar is.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Vraag nr. 56009937C van mevrouw Sneppe wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

Collega Jeroen Bergers is niet aanwezig.

11 Questions jointes de

- Ludivine Dedonder à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'encadrement sanitaire dans le secteur du tatouage" (56009965C)
- Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le contrôle de la pratique du tatouage" (56010194C)
- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les contrôles dans le secteur du tatouage" (56010973C)

11 Samengevoegde vragen van

- Ludivine Dedonder aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hygiënevoorschriften in de tatoeagesector" (56009965C)
- Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controle op tatoeages" (56010194C)
- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De controles in de tatoeagesector" (56010973C)

11.01 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'ai récemment vu un reportage sur la pratique du tatouage en Belgique. Certains témoignages et certains constats étaient assez interpellants. En janvier dernier, en réponse à une question écrite, vous indiquiez que "les tatoueurs ne sont pas des professionnels de la santé et le contrôle de leur pratique trouve difficilement sa place dans les processus du SPF Santé publique. Il en résulte que plus aucune ressource humaine ou logistique n'est allouée à cette activité. Par conséquent, aucun contrôle dans des salons de tatouage n'a lieu en 2023 et en 2024."

Vous indiquiez également que "sous la précédente législature, des contacts ont été pris pour transférer le contrôle des tatoueurs, qui ne sont pas des professionnels des soins de santé, au SPF Économie, à l'instar d'autres professions libérales. Ces discussions n'ont pas pu être clôturées avant la fin de la législature et la période d'affaires courantes qui a suivi."

La situation actuelle est assez préoccupante. Cela n'est pas nouveau. Déjà en avril 2022, en réponse à une question écrite, vous indiquez que, "jusqu'ici, aucune procédure d'agrément des tatoueurs n'a jamais été mise en place. Les conditions actuelles ne permettent pas un contrôle efficace et un suivi des pratiques et des produits pour pouvoir garantir la sécurité du client, et un sentiment d'impunité règne dans le secteur. À cet égard, je souhaite me concerter avec les différents acteurs aux différents niveaux de compétences pour agir afin de pouvoir parvenir à un réel suivi des formations et des pratiques, ainsi qu'à un outil de contrôle efficace."

Monsieur le ministre, quelles sont les raisons pour lesquelles l'arrêté royal du 25 novembre 2005 réglementant les tatouages n'a jamais été mis en œuvre? Pourquoi aucune procédure d'agrément n'a-t-elle été mise en place? Où en sont les discussions avec vos collègues en charge de l'Économie et de la Protection des consommateurs pour veiller à ce que la pratique du tatouage soit effectivement contrôlée et, surtout, que la sécurité des consommateurs soit assurée? Vous êtes-vous concerté avec les différents acteurs des différents niveaux de compétences pour parvenir à un réel suivi des formations et des pratiques ainsi qu'à un outil de contrôle efficace, conformément à votre souhait exprimé en 2022? Enfin, quand pouvons-nous espérer des améliorations rapides sur le terrain?

11.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Ramlot, après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 25 novembre 2005, des initiatives ont été prises au sein du SPF Santé publique pour constituer un service d'inspection et définir des normes d'agrément ainsi qu'une procédure d'agrément des professionnels du tatouage et du piercing.

Actuellement, la Direction générale (DG) Animaux, Végétaux et Alimentation (DGAPF) assure uniquement le contrôle de la composition chimique des encres mises sur le marché. Elle contrôle la conformité et la sécurité des substances qui sont utilisées par ces professionnels, notamment dans le cadre du règlement européen REACH. L'usage de ces produits ainsi que les conditions d'hygiène dans les salons ne relèvent pas de sa compétence, mais bien de celle des services d'inspection du SPF Économie. La réalisation d'un tatouage non médical n'est en effet pas considérée comme un acte médical réservé. Elle est assimilée à la pose de maquillage permanent (ou autres interventions esthétiques) et s'inscrit dès lors dans le champ de compétences du SPF Économie.

Entre-temps, la sixième réforme de l'État a transféré aux régions la compétence de réglementer l'accès

à ce type de profession. Les communautés s'occupent des aspects liés à la formation et à la reconnaissance des titres, tandis que les régions prennent en charge les aspects économiques et administratifs. Étant donné la fragmentation des compétences, nous avons pris contact avec nos collègues de l'Économie. Le 14 octobre dernier, une réunion entre le SPF Économie, le SPF Santé publique et le cabinet Économie s'est tenue pour discuter du positionnement concernant l'enregistrement et le contrôle de l'activité des tatoueurs avec pour objectif de renforcer l'efficacité de l'inspection du secteur du tatouage afin de mieux refléter la réalité actuelle du secteur. Les discussions sont en cours.

Les discussions avec mon collègue de l'Économie sur les initiatives nécessaires pour élaborer un cadre légal cohérent et un contrôle effectif de la pratique de cette profession avancent, et ce, en vue de protéger les clients et de reconnaître les professionnels offrant les garanties de qualité et de sécurité. La DGAPF continue d'assurer la conformité et la sécurité des substances qui sont utilisées par ces professionnels. Il reviendra à mon collègue de l'Économie de prendre langue avec ses homologues au sein des régions pour éventuellement fixer un cadre réglant l'accès aux professions de tatoueur et de pierceur. Un cadre légal cohérent et un contrôle effectif de la pratique des professions de tatoueur et de pierceur permettront, dans le futur, aux services adéquats, tels que l'Inspection économique, de lutter plus efficacement contre les pratiques illégales.

11.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse détaillée.

Vingt ans se sont écoulés depuis l'adoption de l'arrêté royal censé réglementer la pratique du tatouage. Dans ce laps de temps, le tatouage est passé d'une pratique "marginale" – si on peut parler ainsi – pour initiés et curieux, à un véritable phénomène de masse, qui touche actuellement toutes les tranches d'âge de la société, des jeunes adolescents aux seniors avancés. C'est une mode qui ne cesse de croître.

Je pense qu'il est vraiment temps d'adopter des solutions en termes de formation et de contrôles. Je suis persuadée que la population attend de vous que vous en soyez le chef d'orchestre. En tout cas, je pense que c'est votre rôle, en termes de santé publique, même si, comme vous le dites, le tatouage n'est pas un acte médical.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Questions jointes de

- **Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le refus de soins et les violences envers une femme en situation d'urgence à l'UZ Jette" (56009976C)**

- **Rajae Maouane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le refoulement d'une patiente en fausse couche à l'UZ Brussel" (56010221C)**

- **Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Une patiente victime d'une fausse couche refoulée de l'UZ Brussel" (56011279C)**

12 Samengevoegde vragen van

- **Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De geweigerde zorg voor en het geweld tegen een vrouw in een noodsituatie in het UZ Jette" (56009976C)**

- **Rajae Maouane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het weigeren van hulp aan een patiënte die een miskraam had in het UZ Brussel" (56010221C)**

- **Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het weigeren van hulp aan een patiënte die een miskraam had in het UZ Brussel" (56011279C)**

12.01 Caroline Désir (PS): Monsieur le ministre, dans la nuit du 13 au 14 octobre dernier, une femme belgo-marocaine aurait été victime d'un enchaînement particulièrement grave de violences médicales et policières après s'être rendue aux urgences de l'hôpital UZ Jette alors qu'elle faisait une fausse couche.

Selon le témoignage recueilli par son avocate, la patiente aurait été refoulée par le médecin de garde sans examen adéquat au motif qu'elle ne parlait pas le néerlandais. Malgré son hémorragie, elle aurait ensuite été expulsée de l'hôpital par la police, humiliée et insultée au commissariat selon ses dires, avant d'être finalement prise en charge plusieurs heures plus tard dans un autre établissement. Le rapport médical confirme qu'elle a fait une fausse couche et une plainte a été déposée contre le médecin et les policiers concernés.

Ces faits, s'ils sont avérés, soulèvent évidemment des questions extrêmement préoccupantes quant au respect du droit fondamental à la santé, à la non-discrimination dans l'accès aux soins ainsi qu'à la formation du personnel médical en matière d'éthique et de prise en charge. Ce n'est par ailleurs vraisemblablement pas la première fois que l'UZ Jette est mis en cause pour des refus de soins envers des patientes vulnérables, ce qui laisse craindre l'existence de problèmes systémiques au sein de l'établissement et plus largement dans certains services hospitaliers.

Monsieur le ministre, avez-vous pu faire toute la lumière sur les faits survenus à l'UZ Jette? Des éléments d'informations complémentaires vous sont-ils parvenus? Quel dispositif de contrôle et de sanctions existe-t-il actuellement pour prévenir et pour sanctionner les refus de soins dans les hôpitaux de notre pays? Envisagez-vous de renforcer la formation du personnel médical sur les biais discriminatoires, notamment le syndrome méditerranéen évoqué par l'avocate de la victime? Enfin, comment comptez-vous garantir le respect du droit fondamental à la santé et aux soins sans distinction de langue, d'origine ou de statut administratif sur l'ensemble du territoire?

12.02 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, een vrouw die in de nacht van 13 op 14 oktober een miskraam kreeg, werd niet verzorgd op de spoeddienst van het UZ Jette, omdat haar vraag om zorg werd toegeschreven aan wat de medische wereld *le syndrome méditerranéen* noemt. Haar advocaat spreekt van medisch racisme. Zo zijn er overigens al een dertigtal meldingen bij Unia gedaan, maar dat is het topje van de ijsberg. Er is dus wel degelijk een probleem. Het ergste is wel dat de betrokken dame ook nog administratief door de politie werd aangehouden en ook met politieel racisme werd geconfronteerd.

Het UZ Jette heeft de feiten onderzocht. Welke informatie hebt u daarover ontvangen? Hoe wordt het onderzoek nu opgevolgd?

Hoe kunt u garanderen dat alle patiënten in een medische noodsituatie toegang krijgen tot een kwaliteitsvolle en een respectvolle behandeling in een ziekenhuis?

Welke stappen onderneemt u vandaag om racisme en discriminatie in de zorg tegen te gaan? Welke bijkomende maatregelen kunnen genomen worden in de medische opleidingen en in de permanente vorming om culturele affiniteiten mee te geven aan het zorgpersoneel?

12.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Chères collègues, la situation que vous exposez est en effet préoccupante et mérite un examen approfondi par les autorités compétentes pour intervenir sur la base de plaintes de patients dans le secteur des soins de santé. Mais, comme vous le savez, en tant que ministre, je ne peux pas me prononcer sur un cas particulier. Celui-ci aurait par ailleurs déjà été porté aux mains d'une avocate et de la police d'après les informations que vous donnez vous-même.

Je rappelle que tout patient a plusieurs possibilités en matière de plainte en soins de santé.

Premièrement, concernant un refus de soins en situation d'urgence et les conséquences qui en auraient découlé, outre le recours à la police ou à un tribunal civil, le patient peut d'abord s'adresser au service de médiation de l'hôpital concerné.

Deuxièmement, concernant le fonctionnement et les aspects organisationnels d'un service d'urgence hospitalier, une demande d'enquête auprès des services d'inspection des institutions de soins dépendant des communautés est aussi envisageable.

Troisièmement, l'aspect plus particulier relatif à la problématique de la discrimination dans les soins peut être porté auprès de l'Ordre des médecins ou auprès d'Unia.

Quant à moi, je suis particulièrement sensibilisé à l'importance de garantir un accès à des soins de qualité pour chaque patiente et patient, certainement en situation d'urgence. Les formations des soignants au respect des droits du patient et aux principes de non-discrimination relèvent, pour la majeure partie des compétences, des communautés. Pour le reste, je ne peux qu'encourager les soignants à suivre de manière très attentive des sessions à caractère éthique dans le cadre de leur formation continue.

12.04 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie d'avoir pu nous rappeler les différentes possibilités de dépôt de plainte en matière de soins de santé; cela clarifie le débat. Je comprends bien que vous ne puissiez pas vous exprimer plus avant sur un cas individuel. C'est pourquoi mes questions portaient sur un angle de vue plus général. Il nous semble effectivement intolérable qu'une patiente puisse être traitée ainsi, spécialement si elle souffre de symptômes urgents. On attendait dès lors, monsieur le ministre, peut-être des réponses un peu plus de principe de votre part pour éviter que de tels faits ne se reproduisent. J'ai bien noté ce que vous nous avez déjà indiqué comme possibilités en matière de plainte.

12.05 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Ik begrijp dat u zich niet kunt uitspreken over een individueel geval. Het is goed om te weten wat men kan doen wanneer men te maken krijgt met weigering van zorg, discriminatie of racisme. De vraag is echter niet wat een individu kan doen, maar wat u zult doen, mijnheer de minister.

Het gaat hier niet om een individueel probleem, maar om een structureel probleem. Er zijn ook andere meldingen, er is een probleem van racisme en discriminatie in de gezondheidszorg. Dat is een afspiegeling van het structureel racisme in de samenleving. In de opleiding van het zorgpersoneel wordt daaraan onvoldoende aandacht besteed. U zegt dat die opleiding geen federale bevoegdheid is, maar een bevoegdheid van de deelstaten. Dat is een gemakkelijk antwoord. Het gaat hier immers wel over een patiënte aan wie zorg werd geweigerd, wat een inbreuk vormt op een fundamenteel mensenrecht, en het gebeurde in een ziekenhuis en ziekenhuizen vallen wel onder uw bevoegdheid. In die zin was uw antwoord teleurstellend.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

13 **Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre les pénuries de médicaments" (56009993C)**

13 **Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen geneesmiddelentekorten" (56009993C)**

13.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Les pénuries de médicaments constituent un enjeu de santé publique majeur et sont la source de vives inquiétudes pour de nombreux patients mais aussi pour les prestataires de soins. Nous sommes bien conscients de cette situation.

L'accord de gouvernement prévoit que les pénuries de médicaments doivent être traitées au niveau européen et au niveau belge, notamment par le biais du Critical Medicines Act, qui vise à diversifier les chaînes d'approvisionnement mais aussi à garantir une plus grande autonomie stratégique ouverte pour les médicaments essentiels. L'accord prévoit également, pour garantir la sécurité de l'approvisionnement au niveau belge, que des efforts seront déployés pour assurer la transparence ainsi qu'une évaluation des mécanismes de fixation des prix, une obligation contraignante de service public de la part des différents acteurs et une liste de médicaments essentiels. L'accord fait également référence à un nouveau cadre pharmaceutique pluriannuel, ayant notamment pour objectif de lutter contre les pénuries de médicaments, ainsi qu'à un dialogue structurel entre les ministres compétents et l'industrie pharmaceutique.

Monsieur le ministre, pourriez-vous faire un état des lieux des démarches menées pour lutter contre ces pénuries? Où en sont notamment les négociations pour le nouveau cadre pharmaceutique pluriannuel et le dialogue structurel mené avec l'industrie pharmaceutique?

Quelles sont les conclusions concrètes de ces initiatives?

Quelles mesures sont prévues à court terme pour assurer que chaque membre de la chaîne d'approvisionnement prenne bien ses responsabilités dans la lutte contre ces pénuries?

Enfin, vu l'importance du secteur pharmaceutique en Belgique, pouvez-vous nous éclairer quant à l'impact du Critical Medicines Act, notamment sur des enjeux importants tels que le soutien à la production locale, la compétitivité, l'accessibilité financière et la sécurité d'approvisionnement?

13.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Au niveau belge, le nouveau cadre pharmaceutique pluriannuel a été adopté et est en cours de mise en œuvre. Comme vous le savez, il repose sur trois composantes. Premièrement, il y a le budget central des médicaments, ancré à 17,3 % de l'assurance soins de santé, avec de nouveaux outils de suivi ainsi qu'un fonds post-remboursement. Deuxièmement, il y a une enveloppe fermée pour l'accès précoce et rapide. Troisièmement, il y a le pilier dédié à la disponibilité et la viabilité des médicaments essentiels, avec un filet de sécurité qui protège les vieux médicaments importants contre les baisses de prix excessives. Ce cadre est le résultat direct du dialogue structurel avec l'industrie.

À court terme, nous déployons déjà beaucoup d'efforts pour que chaque maillon de la chaîne assume ses responsabilités contre les pénuries. Les firmes ont l'obligation légale de notifier toute indisponibilité dans PharmaStatut et de livrer dans un délai de trois jours ouvrables. Les grossistes-répartiteurs doivent maintenir au moins deux tiers du marché en stock pour un mois de consommation et respecter des règles strictes en matière d'exportation. L'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS) contrôle ces obligations via des inspections ciblées et le suivi des plaintes. Nous préparons en parallèle un outil de veille sur les stocks, qui permettra de les surveiller plus finement et d'intervenir plus rapidement.

Au niveau européen, le Critical Medicines Act devra mettre en place, d'une part, des instruments pour soutenir la production de médicaments critiques dans l'Union européenne et, d'autre part, un cadre pour renforcer les marchés publics, notamment via l'intégration de critères de résilience, afin d'améliorer la sécurité d'approvisionnement et de réduire la dépendance à l'égard des pays tiers. L'impact concret du Critical Medicines Act dépendra toutefois largement des choix des États membres, qui devront développer des programmes nationaux de soutien aux capacités industrielles critiques et veiller à ce que les procédures de marchés publics intègrent effectivement ces critères de résilience.

Je dois admettre que les négociations qui ont eu lieu au sein du Conseil européen ont été décevantes. L'ambition du texte sur la table est très réduite par rapport à la proposition initiale de la Commission européenne. En effet, un article absolument crucial, l'article 4, qui disposait que la lutte contre les pénuries était une stratégie essentielle de l'Union européenne, a été supprimé, sans que je comprenne pourquoi. Les dispositions relatives à la stratégie de Stockpiling national sont insuffisantes et trop faibles. Celles qui concernent les marchés publics et une certaine convergence de ceux-ci à l'échelle européenne sur la base de critères de soutenabilité et de sécurité d'approvisionnement sont aussi trop faibles, tout comme les moyens financiers prévus.

Le niveau d'ambition est donc insuffisant au regard de ce qui est nécessaire. C'est la raison pour laquelle je me suis abstenu. Je l'ai dit très clairement, sans vouloir critiquer la présidence danoise qui a fait de son mieux. Il reste que, le 2 décembre, je me suis abstenu sur cette proposition. J'espère que, dans le trilogue avec le Parlement européen, nous pourrons peut-être de nouveau renforcer la proposition. Par conséquent, les parlementaires européens de tous les partis auront un rôle important à jouer en cette matière.

13.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse transparente, qui n'est pas très rassurante.

Cela dit, nous comptons sur vous parce que c'est un enjeu crucial qu'en tant que pharmacienne, je vis quotidiennement. Vous vous situez à un autre niveau, mais il s'agit toujours de pénurie de médicaments et de stocks stratégiques. Pensons aussi aux conflits commerciaux et même armés qui sont à nos portes. Il sera trop tard pour pleurer ensuite.

Je vois que ce problème vous tient à cœur. Cela me rassure légèrement. Vous n'avez pas tout pouvoir en ce domaine, mais il faudrait peut-être passer le mot selon lequel chaque député européen devra se prononcer au bon moment. J'espère que c'est ainsi que nous pourrons nous en sortir dans ce dossier.

crucial. En effet, nous savons tous qu'en cas de conflit armé ou de catastrophe naturelle, les premières choses manquantes sont l'eau, la nourriture et les médicaments.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Question de Carmen Ramlot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La greffe de rein par donneur vivant" (56009999C)

14 Vraag van Carmen Ramlot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Niertransplantaties met donatie bij leven" (56009999C)

14.01 **Carmen Ramlot** (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'unité Audit Hôpitaux a publié en octobre les résultats d'un audit mené dans les centres de dialyse agréés consacré au traitement des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique en phase terminale.

On y lit que les transplantations rénales constituent la référence en matière de traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale et qu'à l'avenir, les transplantations pourraient être amenées à jouer un rôle encore plus important aujourd'hui. Les auteurs de l'audit constatent en Belgique un nombre plus élevé de transplantations basées sur des donneurs décédés par rapport à l'Europe, mais un nombre nettement moins élevé de transplantations via des donneurs vivants. Ils recommandent d'ailleurs des efforts de sensibilisation de la part des autorités et de la communauté médicale, en plus d'un soutien bien développé aux donneurs vivants et de la facilitation de la sélection des donneurs.

En effet, le don d'organes de son vivant peut être freiné par un manque de connaissance de la population, par les conséquences directes de la transplantation ou bien des conséquences indirectes sur d'autres facettes de la vie. En 2024, 523 transplantations de rein ont été réalisées en Belgique. Mais la même année, 1 203 personnes étaient sur la liste d'attente pour un don de rein.

Si la presse relayait fin octobre la greffe au Canada sur un homme en état de mort cérébrale d'un rein dont le groupe sanguin avait été modifié pour devenir universel, nous sommes encore loin de pouvoir faire bénéficier d'un rein universel les patients en attente d'une greffe. Nous devons donc veiller, par d'autres voies, à augmenter le nombre de donneurs vivants de rein.

Monsieur le ministre, quels sont, selon vous, les principaux obstacles au don d'organes de donneurs vivants? Avez-vous pris connaissance des recommandations relatives aux transplantations contenues dans l'audit consacré au traitement des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique? Quelles suites comptez-vous éventuellement y donner? Et comptez-vous mettre en œuvre des mesures concrètes pour lever ces freins? Si oui, lesquelles et dans quels délais?

14.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En ce qui concerne la transplantation rénale, le rapport que vous mentionnez arrive globalement à la constatation suivante:

"La Belgique se porte bien en ce qui concerne les options de transplantation, avec un nombre nettement plus élevé de transplantations basées sur les donneurs d'organes décédés en Belgique par rapport à l'Europe. Il y a cependant encore une marge de progression, car nous nous situons beaucoup plus bas que d'habitude en Europe en ce qui concerne les transplantations via les donneurs vivants. Cette piste nécessite des efforts de sensibilisation de la part des autorités et de la communauté médicale, en plus d'un soutien bien développé aux donneurs vivants et de la facilitation de la sélection des donneurs. Parallèlement, un financement a été accordé pour quatre campagnes de *matching* par an dans le cadre du Living Donor Exchange Program en Belgique."

Bien que la liste d'attente soit longue, 523 transplantations rénales ont pu être réalisées en 2024, dont 82 transplantations à partir d'un donneur vivant, ce qui est une forte augmentation par rapport aux années précédentes. Je crois que notre pays affiche bel et bien un taux élevé de transplantations à partir de donneurs décédés, mais que le recours aux donneurs vivants reste très limité par rapport à l'Allemagne et aux Pays-Bas.

Par ce rapport, il a finalement été mis en évidence la nécessité d'augmenter le nombre de transplantations à partir de donneurs vivants, ainsi que de prévoir un renforcement de l'organisation des bilans pré-transplantations.

Le Living Donor Exchange Program mise sur le don croisé, un domaine encore peu connu des citoyens en centres belges. Il s'agit d'un système où des paires de donneurs-receveurs qui ne peuvent pas procéder à une transplantation directe, par exemple parce qu'il y a incompatibilité, obtiennent malgré tout un rein compatible via un échange avec une autre paire. Cette méthode, appliquée plus largement aux Pays-Bas, permet à davantage de patients de bénéficier d'une transplantation. Les donneurs offrent anonymement un rein à un receveur inconnu, afin que leurs proches reçoivent également un rein compatible.

En Belgique, ce programme tend à prendre son essor et commence à prendre un peu de place dans les centres de transplantation belges, dont la coordination du programme est assurée par l'hôpital universitaire d'Anvers. Le développement de ce programme dans nos centres permettrait d'augmenter le nombre de transplantations possibles, d'offrir une chance supplémentaire aux patients sur liste d'attente, d'aider un proche même si le don direct n'est pas possible, de favoriser les dons altruistes anonymes, ce qui pourrait donc multiplier le nombre de transplantations effectivement réalisées.

Dans ce contexte, je demanderai rapidement au SPF Santé publique de fournir une analyse et un plan d'action afin d'aboutir à des solutions concrètes, en particulier en vue d'une augmentation du nombre de transplantations rénales à partir de donneurs vivants.

Je pense également à des actions telles que la sensibilisation et l'information par des campagnes ciblées auprès des patients et des professionnels de la santé pour promouvoir le don du vivant, l'intégration systématique dans le parcours pré-dialyse, conformément aux recommandations d'Eurotransplant dans le cadre de l'organisation des bilans pré-transplantation, ainsi que la formation des équipes multidisciplinaires, avec la mise à disposition de modules spécifiques destinés à améliorer l'accompagnement des donneurs vivants.

14.03 Carmen Ramlot (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse qui donne un message d'espoir pour les nombreux dialysés de Belgique.

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

15 Vraag van Jan Bertels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "MedSafetyWeek" (56010045C)

15 Question de Jan Bertels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La MedSafetyWeek" (56010045C)

15.01 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Van 3 tot 9 november 2025 organiseert het FAGG de tiende editie van de jaarlijkse MedSafetyWeek. Het doel van deze internationale campagne is niet te onderschatten: zowel patiënten als zorgverleners sensibiliseren over het grote belang van het melden van vermoedelijke bijwerkingen van geneesmiddelen.

Uit cijfers van het FAGG blijkt dat het aantal meldingen de afgelopen tien jaar sterk is toegenomen, met een verdubbeling van het aantal rapportages. Deze stijging is voornamelijk te danken aan een toegenomen bewustzijn en participatie van patiënten en dat is positief te noemen.

Desondanks blijft er een structureel probleem van onderrapportering bestaan. Het FAGG geeft zelf aan dat naar schatting slechts 5 tot 10% van alle vermoedelijke bijwerkingen effectief wordt gemeld. Dit betekent dat belangrijke veiligheidsproblemen van geneesmiddelen mogelijk pas later worden ontdekt. De jaarlijkse campagne is dus van essentieel belang om de controle over onze geneesmiddelen te versterken en de veiligheid voor iedereen te verhogen.

Gezien het belang van deze campagne, had ik graag de volgende vragen gesteld:

Heeft het FAGG de impact van de MedSafetyWeek 2025 reeds geëvalueerd? Heeft de campagne, net als voorgaande jaren, geleid tot een meetbare piek in het aantal meldingen van bijwerkingen in de periode tijdens en vlak na de campagne?

Welke specifieke acties en communicatiekanalen heeft het FAGG dit jaar ingezet om de campagne bekend te maken bij het grote publiek enerzijds en bij de zorgprofessionals anderzijds?

Het FAGG streeft ernaar iedereen te bereiken. Hoe werd gewaarborgd dat de communicatiecampagne voldoende inclusief was en ook moeilijk bereikbare doelgroepen effectief heeft aangesproken?

Uit de analyse over de afgelopen tien jaar blijkt dat patiënten vaker niet-ernstige bijwerkingen melden dan zorgverleners. Wat is momenteel de algemene verhouding tussen de meldingen van ernstige en niet-ernstige bijwerkingen? Merkt het FAGG dat een sensibiliseringscampagne als deze ook specifiek effect heeft op het verlagen van de drempel voor het melden van (vaak vergeten) niet-ernstige bijwerkingen?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is op dit moment eigenlijk nog te vroeg om de MedSafetyWeek 2025 volledig te evalueren, maar een eerste balans wijst op een duidelijk effect. Tijdens de campagnedagen is het aantal meldingen van bijwerkingen tot 19 % gestegen, ten opzichte van een vergelijkbare referentieperiode. Net als in de vorige jaren zien we een duidelijke piek in meldingen tijdens en vlak na de actieweek.

Om dat te bereiken gebruikte het FAGG een mix van communicatiekanalen: een bericht en een banner op de startpagina van de FAGG-website, een nieuwsbericht op pharmainfo.be en gerichte berichten via de sociale media van het FAGG, ondersteund door een persbericht via news.belgium.be. Dat persbericht werd ruim opgepikt. Vijf nationale kranten publiceerden een onlineartikel; één krant bracht het ook in de papieren editie, goed voor een geschat bereik van ruim 3,5 miljoen lezers. Daarnaast was er een onlineartikel bij de VRT, een goede dekking in de vakpers en een verdere verspreiding via websites van zorgorganisaties, ziekenfondsen en apotheken.

Met betrekking tot inclusiviteit heeft het FAGG vooral twee dingen gedaan. Ten eerste, er is expliciet gelet op een duidelijk en begrijpelijk taalgebruik in de communicatie met patiënten en burgers, onder meer via pharmainfo.be. Ten tweede, er is sterk gerekend op het bereik van het middenveld en patiëntenorganisaties, ziekenfondsen, apotheken en andere zorgactoren om de boodschap door te geven aan mensen die via klassieke kanalen moeilijker te bereiken zijn.

Tot slot tonen de cijfers dat de campagne ook effect heeft op het melden van niet-ernstige bijwerkingen. De voorbije jaren is bij iets meer dan de helft van de meldingen door zorgverleners sprake van ernstige bijwerkingen. Bij patiënten ligt dat rond de 37 %. In totaal gaat het momenteel om ongeveer 44 % ernstige en 56 % niet-ernstige meldingen.

Voorlopige cijfers van de recente MedSafetyWeek wijzen erop dat ongeveer 69 % van de meldingen in die week niet-ernstig was en 31 % ernstig, in lijn met het jaar 2024. Dat suggereert dat de sensibiliseringscampagnes de drempel verlagen om ook kleinere, maar voor de veiligheid wel relevante bijwerkingen te melden.

15.03 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, we moeten dus verder blijven inzetten op die jaarlijkse actieweek. Het FAGG moet daarover breed communiceren, zoals dat ook nu het geval was. Daarnaast moet die communicatie inclusief zijn om verschillende doelgroepen te bereiken, zoals u zelf ook hebt aangegeven. Elke aangifte van een ernstige of niet-ernstige bijwerking kan ons gezondheidsbeleid alleen helpen verbeteren. Daarom moeten we blijven sensibiliseren en daarop blijven inzetten.

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

16 **Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "PET-scans als supraregionale zorgopdracht" (56010053C)**

16 **Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les PET-scans en tant que mission de soins suprarégionale" (56010053C)**

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de minister, uit het koninklijk besluit van 23 november 2022 dat

de loco- en supraregionale zorgopdrachten van de ziekenhuisnetwerken en de geografische spreiding van de locoregionale zorgopdrachten vaststelt, is gebleken dat PET-scans toegewezen worden aan het supraregionaal niveau. De Federale Raad voor ziekenhuisvoorzieningen gaf echter het advies om die op locoregionaal niveau te brengen. Naar aanleiding van een vraag die ik u stelde in 2023, gaf u aan dat de indeling een dynamisch karakter heeft en op regelmatige tijdstippen geëvalueerd moeten worden.

Hebben er ondertussen al evaluaties plaatsgevonden? Indien wel, wat zijn de voornaamste bevindingen daarvan? Indien niet, wanneer mogen we een evaluatie verwachten? Welke stappen zult u ondernemen als uit de evaluatie zou blijken dat het advies van de Federale Raad correct was en de PET-scans beter een locoregionale opdracht zouden zijn? Is het volgens u eerder een locoregionale of een supraregionale opdracht?

Hoe staat het momenteel met de wachtlijsten en de regionale spreiding van PET-scancapaciteit? Zijn er signalen van capaciteitsproblemen, langere doorlooptijden of verschillen in toegankelijkheid tussen regio's die mogelijk verband houden met de huidige supraregionale organisatie? Ten slotte, zal een eventuele kwalificatie van PET-scans als locoregionale zorgopdracht volgens u leiden tot een stijging van het aantal uitgevoerde scans?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, de classificatie als supraregionale opdracht werd destijds vastgelegd omwille van de hoge investeringskosten, de nood aan expertise en de wens om overcapaciteit te vermijden. Ik kan tegelijkertijd wel erkennen dat PET-scans alsmáar breder worden ingezet en dat toegankelijkheid voor patiënten een belangrijk aandachtspunt is.

Op mijn vraag heeft het Belgian Medical Imaging Platform (BELMIP) in 2023 een grondige analyse uitgevoerd, waarbij de programmatiespreiding en capaciteitsbehoeften van PET-scans in België werden onderzocht. BELMIP stelde vast dat het aantal wetenschappelijk verantwoorde PET-onderzoeken jaarlijks met 5 % groeit, van circa 125.000 in 2023 tot een verwachte 175.000 in 2029. In eerste instantie is dus een uitbreiding van de PET-capaciteit aangewezen. De beschikbare PET-capaciteit kan op verschillende manieren worden uitgebreid: een verhoging van het aantal volledig gefinancierde onderzoeken per toestel per jaar, een uitbreiding van de programmatie of een combinatie van beide.

De keuze is gemaakt om in eerste instantie het aantal volledig gefinancierde onderzoeken per toestel te verhogen, daarbij het advies van BELMIP volgend dat erop wees dat die aanpak meer kosteneffectief is dan een uitbreiding van het aantal centra, aangezien er enkel een toename is van de uitgaven voor het RIZIV-forfait. Die verhoging wordt nu voorbereid en vereist een aanpassing van een KB.

BELMIP stelt in zijn advies bovendien dat voor wat wachttijden betreft, er geen enkel verschil zou optreden indien geopteerd zou worden voor een uitbreiding van het quotum per bestaand centrum dan wel voor een uitbreiding van het aantal centra. Omwille van de verhoogde technische capaciteit van de meest recente toestellen is het mogelijk om het quotum te verhogen zonder uitbreiding van de openingsuren en dus zonder nood aan avond-, nacht- of weekendshiften. De huidige capaciteit van een centrum lijkt vooral bepaald te worden door de toegankelijkheid van de gebruikte tracers en de nood aan hoogopgeleid personeel.

In antwoord op uw derde vraag wens ik dat gefaseerd aan te pakken met op korte termijn een beperkte uitbreiding van de PET-capaciteit, gevolgd door een verdere evaluatie van die stap.

In antwoord op uw vierde vraag zijn er momenteel geen aanwijzingen dat de supraregionale organisatie leidt tot medisch onaanvaardbare wachttijden voor PET-scans. De huidige stand van de gegevensuitwisseling en IT-platformen maakt het mogelijk dat specialisten in de nucleaire geneeskunde samenwerkingsverbanden aangaan met de bestaande PET-centra, waardoor elk ziekenhuis in staat is om zijn patiënten te verwijzen naar een nabijgelegen PET-centrum en waarbij alle data en resultaten op dezelfde wijze en rechtstreeks ter beschikking staan van de verwijzende en behandelende artsen, ongeacht of het ziekenhuis nu al dan niet zelf een PET-centrum uitbaat.

Ten vijfde, elke kwalificatie als locoregionale zorgopdracht zou leiden tot een stijging van het aantal toestellen en dus tot bijhorende investeringen, daar waar België in internationale vergelijking reeds een hoog aantal toestellen per inwoner kent. Dit lijkt op dit moment dan ook niet aangewezen.

Tot slot wil ik benadrukken dat de kwaliteit van zorg en de rechtvaardige toegang voor patiënten centraal staan in deze discussie. Het beleid rond PET-scans vereist een evenwicht tussen medische nood, geografische spreiding, efficiëntie en kosteneffectiviteit. Ik zal de situatie blijven opvolgen en waar nodig bijsturen, in overleg met alle betrokken partijen en op basis van objectieve gegevens en adviezen.

16.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik volg u wat betreft de uitgangspunten, namelijk dat we een evenwicht moeten bewaren tussen voldoende aanbod en overconsumptie.

Ik volg u ook wanneer u zegt dat de factor die waarschijnlijk het belangrijkste is om het aantal scans te kunnen opdrijven het hoogopgeleid personeel is dat daarvoor nodig is. Is het dan het gemakkelijkste als de supraregionale scans meer kunnen draaien of is het gemakkelijker om het nodige personeel aan te werven als het een locoregionale opdracht zou zijn?

Ik hoor graag dat u dat opvolgt en dat u op de hoogte bent van het feit dat er almaar meer indicaties zijn omtrent die PET-scans. Ik volg dat de komende jaren samen met u verder op.

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

17 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het solidariteitsfonds" (56010056C)

17 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le fonds de solidarité" (56010056C)

17.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik wil het vandaag graag hebben over Lili, een anderhalf jaar oud meisje uit Heist-op-den-Berg. Lili lijdt aan SPG-50, een uiterst zeldzame en progressieve hersenziekte. Die ziekte tast haar hersenen en haar ruggenmerg aan, en verstoort haar motoriek. Dat kan leiden tot spasticiteit, epilepsie en verlies van zelfstandigheid.

Gelukkig is er een behandeling voor SPG-50, maar daarvoor moesten Lili en haar gezin naar de Verenigde Staten. Daar krijgt ze toegang tot een experimentele behandeling. Het medicijn wordt gratis aangeboden, want Lili maakt deel uit van een trial. Alle bijkomende kosten, zoals de verplaatsing, het verblijf en de hospitalisatie, moet het gezin echter zelf betalen. In totaal gaat het om een bedrag van 250.000 euro.

De bewoners van Heist-op-den-Berg en omstreken zijn massaal in actie gekomen. Via crowdfunding, inzamelacties, benefieten en comedyschows werd het nodige geld ingezameld, waardoor Lili en haar gezin naar de VS konden vertrekken.

De solidariteit met Lili toont aan wat mensen samen kunnen bereiken. Ik wil mijn respect betuigen voor iedereen die meegeholpen heeft.

Een en ander roept echter ook vragen op. Daarom stel ik deze vraag. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat de behandeling van Lili, en van andere kinderen in haar situatie, afhangt van zulke acties, of van de portemonnee van de ouders?

Mijnheer de minister, vandaag is de behandeling van Lili afhankelijk van lokale solidariteit. Kunnen we gezinnen zoals dat van Lili niet op een meer structurele manier ondersteunen vanuit de overheid?

In ons land bestaat het Bijzonder Solidariteitsfonds, dat bedoeld is om patiënten met zeldzame aandoeningen te helpen, maar dat nu enkel het geneesmiddel zelf terugbetaalt. Reis- en verblijfskosten worden alleen vergoed wanneer de behandeling plaatsvindt binnen een straal van 350 kilometer rond Brussel. In gevallen zoals dat van Lili rijst natuurlijk de vraag of er geen alternatief mogelijk is. Het gezin moet nu immers naar de Verenigde Staten.

Bent u bereid om te onderzoeken of het Solidariteitsfonds kan worden uitgebreid, zodat in uitzonderlijke gevallen ook de bijkomende kosten kunnen worden terugbetaald? Of zou het in dergelijke gevallen mogelijk zijn om samen te werken met het ziekenhuis hier en het farmabedrijf in de Verenigde Staten, waarbij het medicijn wordt opgezonden, of waarbij de lokale ziekenhuisapotheek het medicijn kan

produceren op kosten van het Solidariteitsfonds?

Ik kijk uit naar uw antwoord.

17.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het Bijzonder Solidariteitsfonds (BSF) is een bijkomend vangnet, naast de gewone dekking van de verplichte ziekteverzekering. Dat fonds wordt beheerd door het College van artsen-directeurs en biedt patiënten met een zeldzame aandoening een financiële tegemoetkoming voor bepaalde medische verstrekkingen waarvoor geen terugbetaling voorzien is en die bijzonder duur zijn.

Het BSF kan een financiële tegemoetkoming toekennen voor een in het buitenland verleende geneeskundige verstrekking, voor zover de aanvraag aan bepaalde voorwaarden voldoet. Die voorwaarden zijn vastgelegd in artikel 25 *sexies* van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. Dat artikel stelt onder meer als voorwaarde dat de in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen een wetenschappelijke waarde en een doeltreffendheid moeten hebben die door gezaghebbende internationale medische instanties in ruime mate worden erkend en die het experimenteel stadium voorbij zijn.

Verstrekkingen die in het buitenland plaatsvinden in het kader van een klinische studie voldoen in een meerderheid van de gevallen niet aan dat wettelijke criterium van het BSF. Een klinische studie impliceert namelijk dat het experimenteel stadium van de behandeling niet voorbij is.

Indien wel aan alle voorwaarden voldaan is, kan vanuit het BSF in bepaalde gevallen ook een financiële tegemoetkoming worden toegekend voor de reis- en verblijfskosten van de rechthebbenden met betrekking tot in het buitenland verleende geneeskundige verstrekkingen. Bijkomende hospitalisatiekosten kunnen eveneens door het BSF ten laste worden genomen, volgens de modaliteiten zoals vastgelegd in het koninklijk besluit tot vaststelling van de tegemoetkoming van de verplichte verzekering in de verpleegdagprijs in geval van opname in een ziekenhuis in het buitenland. Het College van artsen-directeurs neemt voor elk BSF-dossier een individuele beslissing na beraadslaging in het College, op basis van een aanvraagdossier, individueel en op naam, van de rechthebbende.

Met betrekking tot het geval van dat patiëntje uit Heist-op-den-Berg werd er nooit een BSF-dossier bij het College ingediend. Ik kan dus jammer genoeg geen verdere uitspraken doen over de exacte inhoud van het dossier en over de vraag of al dan niet voldaan was aan de criteria van artikel 25 *sexies* van de GVV-wet. Op basis van uw relaas lijkt het mij te gaan om klinische studies, wat dus buiten het bereik van het Bijzonder Solidariteitsfonds valt.

Er bestaat wel een procedure voor de dekking van bijkomende kosten van patiënten die deelnemen aan klinische studies in het buitenland. Die procedure geldt echter uitsluitend voor lidstaten van de Europese Economische Ruimte of Zwitserland en dus niet voor de Verenigde Staten. De procedure maakt het mogelijk om via de voorafgaande afgifte van een *S2 standard of care*-formulier door het College van artsen-directeurs alle bijkomende kosten die niet rechtstreeks verband houden met de studie en die in het buitenland zijn gemaakt, te dekken alsof ze in België zijn gemaakt. Helaas is dat in de huidige situatie niet van toepassing.

Dat neemt niet weg dat het RIZIV zich bewust is van de problematiek rond innovatieve en heel dure maar beloftevolle geneesmiddelen die alleen in het buitenland verkrijgbaar zijn en van de problematiek van studies in het buitenland buiten de Europese Economische Ruimte. Het gaat daarbij vooral om zeldzame en pediatrie aandoeningen.

In het nieuwe plan voor zeldzame ziekten willen we de administratieve procedures vereenvoudigen om mensen met een zeldzame ziekte op structurele wijze eenvoudiger toegang te geven tot onder andere het BSF, uiteraard steeds met inachtneming van de kwaliteit van de zorg.

Ik geef mij er rekenschap van dat dit lange en behoorlijk juridische, procedurele antwoord niet onmiddellijk een oplossing biedt. Dergelijke situaties zijn heel moeilijk en vaak erg tragisch. Het is dan vervelend om een antwoord te moeten geven dat vooral procedureel is. Wanneer we echter ons plan Zeldzame Ziekten uitrollen, zullen we ook voor die gevallen mensen sneller en beter kunnen helpen, ook wat betreft de vraag hoe toegang kan worden verkregen tot bepaalde terugbetalingsmechanismen

buiten het klassieke, reguliere systeem.

17.03 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, uw antwoord toont deels aan dat er heel veel mechanismen bestaan die proberen te waarborgen dat de financiële drempels worden weggenomen en dat die mechanismen, zoals het Solidariteitsfonds, heel belangrijk zijn om te verzekeren dat mensen daadwerkelijk toegang hebben tot de noodzakelijke zorg.

Er blijven inderdaad nog enkele vragen die niet helemaal duidelijk zijn. Wij hadden begrepen dat een van de modaliteiten was dat het onderzoek binnen een straal van 350 kilometer moet plaatsvinden, waardoor Lili effectief niet in aanmerking komt. Dat is in uw antwoord niet geheel duidelijk.

U hebt ook een vraagteken geplaatst bij de studie waaraan zij deelneemt. Het is onduidelijk of die studie haar de facto al niet uitsluit van het Solidariteitsfonds. Dat zullen we nader moeten bekijken.

Er is blijkbaar ook een andere procedure, maar dan niet met de Verenigde Staten.

U hebt zelf aangegeven dat het jammer is dat dat meisje onder al de uitzonderingen van de bestaande mechanismen valt, waardoor men uiteindelijk 250.000 euro moest verzamelen om haar de noodzakelijke behandeling te geven. Het is fantastisch dat de Heistenaren dat samen hebben gedaan, maar het is jammer dat er vanuit de overheid procedures bestaan die zeer complex zijn, met modaliteiten, lijstjes, regels en uitzonderingen, waarin veel mensen hun weg niet vinden of uiteindelijk toch moeten terugvallen op de solidariteit van de gemeenschap. Wat dat betreft, hebben we naar mijn mening in ons land nog een weg te gaan. Het is belangrijk dat we dat ter harte nemen en snel ernstig werk maken van verbeteringen.

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

18 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Dunnevezelneuropathie" (56010057C)

18 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La neuropathie des petites fibres" (56010057C)

18.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, deze vraag gaat over dunnevezelneuropathie.

Zo'n 500.000 tot 700.000 mensen lijden aan een zeldzame ziekte. Een daarvan is dunnevezelneuropathie. Dat is een polyneuropathie waarbij dunne zenuwvezels slecht functioneren. Patiënten ervaren een brandende, prikkende pijn, maar ook gevoelstoornissen, hartkloppingen en maag- en darmklachten. Momenteel is er geen behandeling beschikbaar. Er kan alleen aan symptoombestrijding worden gedaan.

Patiënten kunnen wel geholpen worden met kinesitherapie. Omdat dunne vezelneuropathie niet is opgenomen op de lijst van E-pathologieën, wordt die behandeling niet terugbetaald. Daardoor is kinesitherapie zeer duur voor de patiënten. In Nederland is dunnevezelneuropathie echter wel erkend. Daar bestaat er een expertisecentrum en wordt de behandeling terugbetaald.

We kregen een getuigenis binnen van iemand die aan die ziekte lijdt en die al meerdere keren contact heeft opgenomen met uw kabinet, maar nog geen antwoord heeft ontvangen op zijn vragen.

Naar aanleiding van zijn getuigenis wil ik graag horen waarom dunnevezelneuropathie in België niet erkend wordt en wat het te volgen pad is. Ik begrijp dat dat via de artsen van de mutualiteit kan worden geregeld, maar de vraag is of u als minister ook geen initiatief kunt nemen. Het is niet de eerste keer dat hierover in het Parlement gesproken wordt. Welk initiatief kunt u nemen om die mensen te helpen?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Bedankt om dit onder de aandacht te brengen.

Om te beginnen wil ik even aanknopen bij het vorige punt. We zitten hier dus weer in de context van zeldzame ziekten en we moeten het echt beter doen voor mensen die door een van de vele zeldzame

ziekten getroffen worden. Dat is ook de reden waarom we momenteel een nationaal plan Zeldzame Ziekten 2026-2030 uitwerken. Dat moet ervoor zorgen dat mensen sneller de juiste weg vinden. Het betreft niet alleen het medische aspect, maar ook de begeleiding, de ondersteuning en de zorgcoördinatie. Dat is een breed probleem en ik vind dat dat er ook mee samenhangt.

Er is echter een specifieke kwestie waarop ik een antwoord kan geven, namelijk dunne vezelneuropathie en de E-lijst, de lijst van zware pathologieën voor kinesitherapie.

De vermelding van een bepaalde aandoening op de E-lijst zware pathologie is op zichzelf niet voldoende om een akkoord voor het statuut zware pathologie te verkrijgen. Er moet altijd sprake zijn van functionele stoornissen in bijvoorbeeld mobilisatie en articulatie, die een intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming vergen.

Zoals de meerderheid van de neurologische aandoeningen, is dunnevezelneuropathie niet vermeld op de lijst van aandoeningen die is opgenomen in het koninklijk besluit van 23 maart 1982. Dat verhindert echter niet dat een persoon met dunnevezelneuropathie kan genieten van een erkenning zware pathologie, voor zover zijn medische situatie beantwoordt aan een van de in de lijst vermelde aandoeningen en voor zover die gepaard gaat met een aangetoonde behoefte aan intensieve en langdurige kinesitherapeutische of fysiotherapeutische tenlasteneming.

Het zou dus kunnen dat die persoon daar wel voor in aanmerking komt. Het staat mij voor dat mensen die vraag ook al hebben gesteld via mijn infobox en dat we die vragen doorgestuurd hebben naar het RIZIV. Ik kan daar immers niet zelf op antwoorden en ik hoop dat de mensen een begrijpelijk antwoord hebben gekregen.

Men kan dus niet op voorhand zeggen dat iemand daar niet voor in aanmerking komt. Het hangt ervan af of die persoon een aandoening heeft die in aanmerking komt en of er vervolgens de nodige behandelingen zijn waarvoor die E-lijst dan kan worden gebruikt. De E-lijst wordt binnen het RIZIV uitgewerkt door het College van artsen-directeuren, in overleg met de beroepsverenigingen en rekening houdend met aangetoonde zorgnoden en organisatorische en budgettaire mogelijkheden. Dat maakt natuurlijk dat men daar wel bepaalde keuzes in maakt.

18.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb het niet helemaal goed begrepen. U zegt dat het niet is omdat het op de lijst staat dat men daar d'office recht op heeft.

18.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het is niet omdat men een bepaalde aandoening heeft die op die lijst staat, dat de kinesitherapeut de behandelingen kan doen op basis van de E-lijst. Daarvoor moet ook aangetoond worden dat men bepaalde functionele stoornissen heeft die een intensieve behandeling vereisen. Het kan zijn dat die patiënt een aandoening heeft die wel op die lijst staat en ook effectief een functionele stoornis heeft. Dunnevezelneuropathie als such staat niet op die lijst. Dat is al wat ik kan zeggen.

18.05 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Als men een functionele beperking heeft die niet op de lijst staat, dan kan men (...)

18.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: (...)

18.07 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Kunt u geen initiatief nemen zodat dit op die lijst komt?

18.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: U bent arts, u kent er meer van dan ik, maar dunnevezelneuropathiesymptomen kunnen bij veel ziektes voorkomen: schildklierpathologieën, diabetes, het syndroom van Ehlers-Danlos, infecties. Het is geen zeldzame ziekte die in de ORPHA-code wordt vermeld, het is iets wat verbonden is met vele soorten pathologieën. Misschien heeft die patiënt wel een pathologie die op die lijst staat.

De casus zou via de mutualiteit aan het RIZIV moeten worden voorgelegd. Het is mogelijk dat die mensen ons ook hebben aangeschreven en dat wij die mensen naar het RIZIV hebben doorverwezen. Dan hoop ik dat ze een duidelijke antwoord hebben gekregen.

18.09 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Oké, dat is heel verhelderend. Dank u.

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

19 **Samengevoegde vragen van**

- **Jan Bertels** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dalende trend in het antibioticagebruik en de blijvende uitdagingen inzake AMR" (56010087C)
- **Jeroen Van Lysebettens** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het antibioticagebruik in België" (56010439C)

19 **Questions jointes de**

- **Jan Bertels** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation d'antibiotiques en baisse et les défis persistants en matière de RAM" (56010087C)
- **Jeroen Van Lysebettens** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La consommation d'antibiotiques en Belgique" (56010439C)

19.01 **Jan Bertels** (Vooruit): Mijnheer de minister, uit recente cijfers van een verzekeringsinstelling blijkt dat het antibioticagebruik in België sterk gedaald is. Dat is een opsteker, hoewel het geen reden tot euforie is, want antimicrobiële resistentie eist jaarlijks nog steeds 600 levens in ons land. Vooral het gebruik van tweedelijsantibiotica blijft met 43 % alarmerend hoog, aangezien het streefcijfer 20 % bedraagt. Te vaak verlaten patiënten de praktijk nog steeds met een voorschrift onder het motto 'baat het niet, dan schaadt het niet', terwijl het tegendeel waar is, vandaar de volgende twee vragen.

Hoe zult u de opvolging van artsen aanscherpen om het torenhoge gebruik van tweedelijsantibiotica terug te dringen en hoe zult u hen beter ondersteunen in het actief ontraden en informeren van hun patiënten over correct antibioticagebruik? Wat is de stand van zaken in het overleg met de farmasector over aangepaste verpakkingsgroottes, zodat restjes in huisapotheken en risicovolle zelfmedicatie kunnen worden vermeden?

19.02 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik wil niet de doemprofeet zijn. De studie en het rapport tonen aan dat beleid zijn vruchten kan afwerpen wanneer actie wordt ondernomen. Er staan een aantal positieve elementen in. Zo zien we bijvoorbeeld in tertiaire ziekenhuizen – waar de meest kwetsbare patiënten en de meest complexe infecties worden behandeld en de klinische situatie dus zeer moeilijk is – een reductie in het gebruik van antibiotica, wat kan bijdragen tot het vermijden van het ontstaan van superresistente ziekteverwekkers. In primaire en secundaire ziekenhuizen, waar het patiëntenbestand breder en individueel minder complex is, blijft het verbruik evenwel stijgen, vandaar mijn vragen.

Welke concrete maatregelen zult u implementeren om de huidige daling van het totale antibioticagebruik te versnellen? Aan het huidige tempo zullen we versneld moeten handelen om de Europese doelstelling te halen.

Hoe zult u ervoor zorgen dat ziekenhuizen verplicht worden de meer granulair ziekenhuisgebaseerde meeteenheden, zoals dosis per patiëntendag, te gebruiken om de intensiteit van het antibioticagebruik nauwkeurig te beoordelen? Ziet u andere mogelijkheden om het antibioticagebruik in ziekenhuizen te harmoniseren en zo bij te dragen aan de EU-doelstelling?

19.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Collega's, ik zal eerst de vragen van de heer Bertels beantwoorden en vervolgens ingaan op de wat bredere vragen van de heer Van Lysebettens. Het is inderdaad een belangrijk thema.

Mijnheer Bertels, het terugdringen van het gebruik van tweedelijsantibiotica is een speerpunt in het nieuwe nationale actieplan AMR. We zetten in op drie zaken.

Ten eerste voorzien we betere en regelmatige feedback aan artsen. Meer dan 12.000 huisartsen gebruiken vandaag al de antibioticabarometer. Dat is heel goed. Die biedt gepersonaliseerde feedback gebaseerd op Europese kwaliteitsindicatoren. We breiden die verder uit. Artsen ontvangen bovendien individuele rapporten en bij duidelijke afwijkingen kunnen corrigerende maatregelen volgen. Dat is een initiatief van het RIZIV en gebeurt binnen het RIZIV-kader.

Ten tweede, in het kader van die tweedelijsantibiotica is goede digitale ondersteuning essentieel. Prescription Search Support helpt artsen om onderbouwd te kiezen en onnodige voorschriften te vermijden.

Ten derde, het plan voorziet in een geïntegreerde strategie met betrekking tot *antimicrobial stewardship*, *infection prevention and control* en microbiologische surveillance. Dat betekent dat we investeren in richtlijnen, opleiding, transparantie en resultaatgerichte financiering. Verder ondersteunen we artsen in het goed informeren van patiënten, onder meer via de campagne 'Praat over Antibiotica'.

Dan geef ik de stand van zaken met betrekking tot de verpakkingen. De huidige beschikbare verpakkingen op de Belgische markt zijn niet optimaal aangepast aan de nodige therapieduur. Daarom zullen we in overleg met de industrie bekijken of de huidige verpakkingsgroottes kunnen worden aangepast, zodat ze overeenstemmen met de posologie van de zeer frequent voorkomende therapieën.

Daarnaast zal ook onderzocht worden of grote unidoosverpakkingen beschikbaar kunnen worden gesteld, wat de apothekers zal toelaten het benodigde aantal tabletten te herverdelen of fractioneren. We zullen die dialoog met de industrie, onder meer met BAPCOC, op korte termijn aanvatten.

Mijnheer Van Lysebettens, dan kom ik tot uw bredere vraag over hoe we vooruitgang zullen boeken. Het afleveren per eenheid zal een belangrijk punt zijn met betrekking tot orale antibiotica in de openbare officina, al is dat niet eenvoudig. Eens geïmplementeerd zullen we dat ook moeten evalueren en bijsturen.

Daarna denk ik aan wat in het nationaal actieplan is voorzien. Ik heb zonet de tweedelijsantibiotica gesitueerd. Ik geloof dat de elementen die ik heb vermeld, moeten bijdragen tot een algemene verbetering.

Dan kom ik tot uw vraag over de meeteenheden bij de registratie. Sciensano organiseert vandaag de nationale ziekenhuissurveillance van antibioticagebruik via BeH-SAC, ondersteund door het interactieve platform Healthstat.be, dat al ter beschikking staat van alle ziekenhuizen. Dat platform gebruikt een geharmoniseerde methodologie en RIZIV-terugbetalingsgegevens, waardoor benchmarking tussen ziekenhuizen mogelijk is. Om hospital-based indicatoren zoals DDD per duizend patiëntdagen formeel te verplichten, is het noodzakelijk dat die surveillance officieel wordt verankerd in het koninklijk besluit dat de federale surveillances van Sciensano regelt. Voor dat koninklijk besluit zijn op dit ogenblik de voorbereidende werken aan de gang.

De huidige aanpak heeft bovendien enkele beperkingen, zoals vertraging in RIZIV-data, het ontbreken van gegevens over geïmporteerde of niet-terugbetaalde antibiotica en administratieve afdelingscodes die niet altijd de klinische realiteit weerspiegelen. Binnen het volgende nationaal actieplan tegen antibioticaresistentie zijn middelen voorzien om die surveillance te versterken, de gegevens te verbeteren en betere feedback aan de ziekenhuizen te bezorgen.

Zien we nog andere mogelijkheden? Er zijn uiteraard verschillen in antibioticagebruik tussen ziekenhuizen, wat voor een deel te verwachten is omdat instellingen met een complexere patiëntenpopulatie en gespecialiseerde zorg, tertiaire ziekenhuizen, vaker geconfronteerd worden met ernstige infecties en dus een hoger gebruik kennen. Toch moeten we blijven streven naar harmonisatie van het voorschrijfgedrag als we de nationale en Europese ambities willen waarmaken.

Wat zijn de hefboomen? Het updaten van richtlijnen die specifiek zijn voor de Belgische context, uniforme, wetenschappelijk onderbouwde aanbevelingen, ondersteunen van de artsen bij rationeel voorschrijven, ongewenste variatie verminderen en, zoals ik daarnet al zei, het versterken van de antimicrobial stewardship teams. De resultaten van het BEAST-project tonen aan dat sterk bemande, goed ondersteunde AMS-teams op het terrein essentieel zijn om duurzaam en doeltreffend voorschrijfgedrag te bevorderen.

Het stimuleren van klinische audits en benchmarking – audits gekoppeld aan regelmatige feedback en vergelijking tussen ziekenhuizen – helpen goede praktijken te verspreiden en bevorderen kwaliteitsverbetering. Daarnaast is er ook nog het verbeteren van de nationale AMC-rapportering.

Vandaag worden gegevens vooral gestratificeerd volgens ziekenhuiscategorie, zoals die worden gedefinieerd door de FOD Volksgezondheid. Die administratieve indeling weerspiegelt echter niet altijd nauwkeurig de klinische complexiteit of de types zorg die in Belgische ziekenhuizen worden aangeboden. Een stratificatie volgens ECDC-ziekenhuistypes, die beter rekening houdt met de aard van de zorgactiviteiten en de *casemix*, zou mogelijk leiden tot een nauwkeurigere interpretatie.

19.04 Jan Bertels (Vooruit): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord.

Ten eerste zijn we het er allemaal over eens dat het antibioticagebruik nog verder beperkt moet worden om redenen van volksgezondheid. Antibiotica zijn geneesmiddelen die rationeel en correct moeten worden gebruikt. De beschikbare tools, hetzij individuele feedback van het RIZIV, hetzij de antibioticabarometer, hetzij digitale ondersteuning, moeten nog beter bekendgemaakt worden bij de voorschrijvers. We moeten hen wijzen op hun verantwoordelijkheid en tegelijkertijd de patiënt informeren en op zijn of haar verantwoordelijkheid wijzen, zodat het antibioticagebruik in de juiste richting evolueert.

Ten tweede heb ik met betrekking tot de verpakkingen begrepen dat u binnenkort overleg opstart met de farmasector en de Belgische Commissie voor de Coördinatie van het Antibioticabeleid (BAPCOC). Binnen enkele weken zullen we u dus opnieuw een vraag moeten stellen over hoe dat overleg verloopt, in de hoop dat het positieve resultaten oplevert voor de verpakkingsgroottes.

19.05 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Dank u wel, mijnheer de minister, voor uw antwoord.

U verwees naar de klinische complexiteit. Net daarom heb ik het voorbeeld aangehaald dat er wel degelijk een daling wordt vastgesteld bij de meest klinisch complexe ziekenhuizen, namelijk de tertiaire ziekenhuizen, terwijl er een stijging optreedt in ziekenhuizen die op basis van de rapportering minder complex lijken.

U gaf aan dat er een dataprobleem is en dat de stratificatie moet worden bekeken om na te gaan of de klinische complexiteit correct naar voren komt. Ik leid uit uw antwoord af dat de huidige labels van primaire en secundaire ziekenhuizen dus misschien niet volledig correct zijn en dat complexere situaties de stijging zouden kunnen veroorzaken. Dan zou het nuttig zijn om te bekijken ten opzichte van welk basisniveau die daling en stijging gerapporteerd worden, wat ik niet heb gedaan.

Ik zal dat verder nagaan, maar ik heb begrepen dat er mogelijk een data-issue is, dat in eerste instantie moet worden aangepakt.

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

De **voorzitter**: Collega's, de vragen nrs. 56010090C, 56010108C en 56010118C van mevrouw Dedonder zijn uitgesteld, vraag nr. 56010157C van mevrouw De Knop is omgezet in een schriftelijke vraag en vraag nr. 56010231C van mevrouw Gijbels is uitgesteld.

20 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prescription des scanners lombaires par les généralistes" (56010234C)

20 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het voorschrijven van scans van de lumbale wervelkolom door huisartsen" (56010234C)

20.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, le budget des soins de santé 2026 contient une mesure qui suscite de fortes réactions sur le terrain, chez les médecins généralistes. Vous en avez déjà parlé, à partir du 1^{er} janvier, les médecins généralistes ne pourront plus prescrire de scanner de la colonne lombaire, sauf en cas d'urgence. Cet examen pourra seulement être prescrit par d'autres spécialistes.

J'étais un des premiers à vous interpellier en début d'année, lors du budget initial 2025, sur le fait que trop d'examens, trop de scanners étaient prescrits. Je vous avais même dit que je préfère que cet argent, autour de 200-250 euros, soit réorienté vers des traitements de kinésithérapie. Je comprends

donc très bien qu'il y a une surconsommation en imagerie médicale.

Or fin octobre, en commission de la Santé, vous indiquiez que "ce sont les radiologues qui sont à l'initiative de cette décision" et que vous avez suivi l'avis de l'association des radiologues. Or la Société belge de radiologie (SBR) a précisé dans plusieurs médias médicaux spécialisés que, si elle soutient la mesure, "elle regrette qu'elle ait été intégrée à la dernière minute dans le budget sans concertation préalable". Elle précise que "le Conseil technique médical doit encore se pencher sur les modalités concrètes" et se demande si c'est réalisable d'ici janvier 2026.

Si nous défendons tous une imagerie mieux ciblée, nous nous interrogeons sur les raisons pour lesquelles on passe directement d'une surconsommation mal encadrée à une interdiction pure et simple. D'autant que l'accord de gouvernement prévoit d'instaurer un système d'aide à la décision clinique intégré à la prescription électronique et de définir des normes d'imagerie fondées sur les données probantes et les comparaisons internationales.

Dès lors, monsieur le ministre, pourquoi avez-vous choisi l'interdiction plutôt que l'accompagnement pourtant prévu dans l'accord Arizona? Pourquoi ne pas mettre en place le système d'aide à la décision clinique en médecine générale avant de restreindre les prescriptions? Une concertation avec les acteurs de terrain est-elle en cours à ce sujet?

Cette interdiction concerne-t-elle également les IRM lombaires? Dans ce cas, prévoyez-vous de renforcer l'accessibilité à l'IRM, qui est souvent demandée secondairement, après un scanner?

Où en est l'élaboration des modalités concrètes par le Conseil technique médical évoquées par la Société belge de radiologie?

20.02 Frank Vandenbroucke, ministre: La proposition de limiter le nombre de spécialistes qui peuvent prescrire un examen CT de la colonne vertébrale repose sur plusieurs facteurs déjà abordés dans les protocoles d'accord de 2014 et 2018, selon lesquels l'adhésion aux recommandations en matière d'imagerie médicale entraînerait une diminution du nombre d'examens CT de la tête et de la colonne vertébrale lombaire.

L'hypothèse estimait une diminution du volume des examens CT, qui permettrait le financement et l'extension du parc IRM.

Malheureusement, cette diminution n'a pas eu lieu. Au contraire, nous constatons une augmentation du nombre de CT-scans réalisés en Belgique malgré toutes les campagnes de sensibilisation nécessaires qui ont été menées.

Une étude comparative récente dans sept pays européens, l'étude EU-JUST-CT, confirme qu'en Belgique, la plupart des examens CT inappropriés sont effectués dans la zone anatomique de la colonne vertébrale et des membres, ce qui est confirmé par d'autres études et les collègues de radiologie.

Toutefois, les directives actuelles relatives à l'imagerie de la colonne lombaire sont claires et leur prescription efficiente ne doit pas attendre le déploiement du système PSSR (*Prescription Search Support for Radiology*) qui, pour un éventail beaucoup plus large d'indications, formule des recommandations sur le type d'imagerie à prescrire basées sur des preuves scientifiques et intégrées dans la prescription électronique.

La proposition actuelle et l'implémentation du PSSR avec des projets pilotes en 2026 ne sont pas en contradiction, car les deux mesures permettraient d'éviter des examens d'imagerie inappropriés, réduisant ainsi l'exposition inutile de la population au rayonnement.

L'élaboration technique de la proposition de limiter le nombre de spécialistes qui peuvent prescrire un examen CT de la colonne vertébrale est actuellement en discussion au sein du Conseil technique médical et de la Commission nationale médico-mutualiste, au sein desquels les acteurs du terrain concernés sont représentés.

Deuxièmement, la proposition n'inclut pas l'IRM lombaire. Conformément à l'arrêté royal du 7 mai 2024,

une extension de la programmation de 20 nouveaux appareils IRM est en cours. Les entités fédérées sont compétentes en matière d'attribution de ces nouveaux appareils aux hôpitaux.

Troisièmement, le Conseil technique médical et la Commission nationale médico-mutualiste ont pris connaissance des décisions du Conseil général et commenceront à les mettre en œuvre concrètement dans les mois à venir. Les médecins, les universités et les mutuelles seront impliqués dans ce processus.

20.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, comme je l'entends bien, il y aura sans doute une suite à tout cela. Et je suis demandeur qu'il y ait une suite dans laquelle on puisse concerter vraiment, comme vous le dites, les acteurs universitaires, les médecins de terrain et les radiologues.

Je suis tout à fait convaincu qu'il y a de la surprescription et qu'on doit aussi éviter l'exposition aux examens ionisants. Je vous rejoins complètement. Néanmoins, vous comprendrez que cette mesure a été vécue brutalement, un peu comme si on infantilisait les médecins généralistes de la première ligne. Il faut vraiment aller vers un système d'aide à la décision clinique qui serait certainement mieux perçu par les médecins sur le terrain.

Je pensais qu'on serait peut-être les seuls au monde à interdire aux médecins généralistes de prescrire des scanners. Pour m'être un peu renseigné, c'est déjà le cas aux Pays-Bas et en Allemagne. Et ces pays vont même plus loin en interdisant aussi l'IRM. De même, au Royaume-Uni et en Irlande, ces examens sont fortement cadrés. Cela va même plus loin en Australie, qui est extrêmement sévère, où la prescription des examens spécialisés des genoux est quasiment interdite après 50 ans.

Je suis tout à fait pour une médecine basée sur la clinique, en évitant de faire trop d'examens cliniques. Mais il faut absolument éviter des mesures brutales, carrées qui justement ne tiennent pas compte de cette réflexion que j'amène ici. Je pense qu'il y a moyen d'évoluer et de demander aux acteurs de terrain de participer à l'élaboration de ce système d'aide à la décision clinique.

20.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Les médecins généralistes ne sont pas les seuls concernés. La proposition visait à limiter la prescription également à d'autres spécialistes, qui perdent donc aussi cette capacité de prescrire. Cela ne vise pas uniquement les médecins généralistes.

Je crois personnellement qu'il y a un argument, mais n'étant ni médecin ni expert, je dois être prudent en la matière. Le type de patient qui a réellement besoin d'un CT-scan de la colonne vertébrale lombaire n'est pas celui qui va se présenter tranquillement au cabinet d'un médecin généraliste. Cela s'avère nécessaire dans d'autres contextes, dans des pratiques d'autres médecins spécialisés lors d'interventions chirurgicales, etc. Mais n'étant pas expert en la matière, je laisse cela à la concertation qui va se poursuivre.

20.05 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Suite à votre dernier propos, on constate qu'il y a une distorsion avec la pratique en Flandre, avec une grosse densité de population et un accès rapide aux hôpitaux. Je peux vous assurer qu'en première ligne dans les zones à pénurie médicale, les gens se présentent chez leur médecin généraliste avec des pathologies vraiment très aiguës et surprenantes, que des collègues qui travaillent à Bruxelles ou en ville de manière générale ne voient jamais. Mais en tout cas, chez nous, c'est de la vraie première ligne. Des gens attendent deux jours pour avoir un rendez-vous chez le médecin généraliste pour une pathologie aiguë et qui aurait dû peut-être inviter le patient à se rendre plus vite vers un service d'urgence. Mais il semble que les gens suivent ce qu'on leur a toujours dit, à savoir de consulter d'abord le médecin généraliste. Et c'est préférable, je pense, de garder cela en l'état. Il faut laisser aussi de la flexibilité aux examens complémentaires tout en responsabilisant tous ces examens très coûteux et souvent inutiles.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56010257C van mevrouw Meunier en vraag nr. 56010347C van de heer Prévot vallen weg.

21 Questions jointes de

- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56010382C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avis du groupe d'experts sur la réforme du paysage hospitalier" (56010994C)
- Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme du paysage hospitalier" (56011338C)

21 Samengevoegde vragen van

- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56010382C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het advies van de expertengroep over de hervorming van het ziekenhuislandschap" (56010994C)
- Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het ziekenhuislandschap" (56011338C)

De **voorzitter**: De dames Gijbels en Eggermont zijn niet aanwezig.

21.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, comme on l'a déjà évoqué plusieurs fois au sein de cette commission, la CIM a approuvé la création d'un groupe d'experts indépendants chargé d'élaborer un projet de réforme du paysage hospitalier. Ce panel d'experts est chargé de formuler des recommandations concernant la future organisation du paysage hospitalier en Belgique.

Il nous revient qu'à la demande du groupe d'experts, le KCE réalisera une série de simulations. Ces simulations ont pour but d'objectiver les recommandations du groupe d'experts et de les étayer par des données scientifiques. Selon le calendrier qu'on connaît, l'avis du groupe d'experts était attendu pour fin novembre 2025.

Vu que ce processus constitue une étape importante du projet de réforme du paysage hospitalier et qu'il aura indéniablement un impact considérable sur l'avenir de nos structures hospitalières et sur l'accessibilité aux soins, il nous semble essentiel que le Parlement soit informé régulièrement et qu'il puisse être impliqué dans le processus de réforme.

Monsieur le ministre, est-ce que vous pouvez nous confirmer que l'avis du groupe d'experts indépendants sur la réforme du paysage hospitalier a bien été rendu à la fin du mois de novembre dernier? Cet avis sera-t-il rendu public et communiqué au Parlement, le cas échéant? Pouvez-vous nous expliquer quel sera le rôle spécifique du KCE dans la réalisation des simulations et comment celles-ci vont contribuer à l'objectivation des recommandations du groupe d'experts? Le travail du KCE suivra-t-il la remise du rapport ou se fera-t-il simultanément? Comment, monsieur le ministre, comptez-vous garantir l'implication du Parlement dans le suivi de cet avis et dans les décisions politiques qui en découleront? Comment les parties prenantes continueront-elles à être impliquées?

21.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le rapport final du groupe d'experts indépendants sur la réforme hospitalière sera rendu lors de la prochaine Conférence interministérielle Santé publique du 17 décembre 2025.

Il appartiendra aux membres de la CIM de déterminer de quelle manière et à quels acteurs sera communiqué en priorité le rapport final.

S'agissant du rôle du Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE), voyant les différents rapports qu'il a publiés au cours des années sur le paysage hospitalier et les besoins en lits, il me semble témoigner de bon sens de la part du groupe d'experts de s'être informés à partir de données pertinentes disponibles au sein du KCE.

À la demande du groupe d'experts, le KCE a également développé un instrument alimenté par des données du SPF Santé publique en vue de répertorier l'activité et l'accessibilité géographique des différents sites hospitaliers. Ces données servent à objectiver les recommandations du groupe d'experts. Elles permettent d'évaluer les options politiques à l'aide de données quantitatives et transparentes.

Bien évidemment, comme vous le soulignez, le Parlement sera régulièrement tenu informé des avancées de ce projet de réforme du paysage hospitalier, et les retours constructifs que ne manqueront pas de faire ses membres permettront d'alimenter la réflexion afin que cette importante et nécessaire réforme – que j'espère soutenue par tous – puisse être un succès.

Je tiens à souligner que l'objectif était que ce plan fournisse une vision à long terme du paysage hospitalier et qu'il est donc indépendant du budget 2026 à court terme.

21.03 **Caroline Désir** (PS):Merci pour votre réponse.

L'avis est prévu pour un peu plus tard que ce que l'on imaginait, mais c'est très bien que vous nous donniez la date, à savoir le 17 décembre prochain. J'entends aussi que vous souhaitez tenir les parlementaires régulièrement au courant. Je pense que c'est important, évidemment en termes de transparence, mais aussi en termes de dialogue et de possibilité de débat autour de cette réforme importante, dont nous soutenons le principe, comme nous vous l'avons déjà dit à plusieurs reprises.

Nous resterons bien sûr vigilants et critiques sur les choix qui seront faits et aimerions donc être autant que possible bien outillés en amont pour pouvoir apprécier les orientations qui seront prises.

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

De **voorzitter**: Vraag nr 56010562 van mevrouw Gijbels wordt uitgesteld. Hetzelfde geldt voor de vragen nrs. 56010644C, 56010645C, 56010646C, 56010648C, 56010649C en 56010657C van mevrouw Bury.

22 **Samengevoegde vragen van**

- **Jeroen Van Lysebettens** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Ultrabewerkte voeding en gezondheidspreventie" (56010692C)

- **Jean-François Gatelier** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De strijd tegen ultrabewerkte voeding" (56011257C)

22 **Questions jointes de**

- **Jeroen Van Lysebettens** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les aliments ultra-transformés et la prévention en matière de santé" (56010692C)

- **Jean-François Gatelier** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La lutte contre les aliments ultra-transformés" (56011257C)

22.01 **Jeroen Van Lysebettens** (Ecolo-Groen): Ik wil het graag even hebben over ultrabewerkte voeding, mijnheer de minister. Midden november verschenen daarover opnieuw verschillende artikels in *The Lancet*, die oproepen om in te grijpen en het gebruik van ultrabewerkte voeding aan banden te leggen. Er is immers steeds meer medische evidentie dat die producten leiden tot – of toch minstens gelinkt zijn aan – een aantal ziektes, zoals verschillende soorten kanker, hart- en vaatziekten, diabetes, enzovoort.

Mijn oud-collega De Sutter heeft u daarover ook al bevraagd. U antwoordde toen dat daarrond in het regeerakkoord eigenlijk niet veel voorzien is. Het is dus een beetje zoeken naar wat we kunnen doen, maar u gaf wel aan dat u zou bekijken wat mogelijk is.

Ondertussen verscheen er in juni een rapport van de Hoge Gezondheidsraad, waarin die medische evidentie opnieuw wordt onderbouwd. Ook was er een advies om ultrabewerkte voeding zoveel mogelijk te mijden. In september vond bovendien een symposium plaats, waarbij u zelf het openingswoord hebt verzorgd om een standpunt te creëren over gezonde voeding en de rol van ultrabewerkte voeding daarin.

Ik heb dus een aantal vragen over dat thema.

Welke concrete acties voor gezonde voeding werden afgesproken na afloop van het symposium? Hoe

zult u dat binnen de grenzen van het regeerakkoord nastreven? Ziet u eventueel ruimte binnen de verdere invulling van de nieuwe gezondheidsdoelstellingen?

We hebben het in deze commissie al enkele keren gehad over de tabaksindustrie. Ziet u gelijkenissen tussen de commerciële methodes van deze industrie en die van de voedingsindustrie, specifiek van multinationals en fastfoodketens? Zullen we dan ook gelijkaardige acties voeren, bijvoorbeeld op het vlak van het beperken van reclame?

22.02 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, très récemment, la ville de San Francisco a déposé une plainte historique contre dix géants de l'agroalimentaire, estimant que certains aliments ultra-transformés, riches en additifs, sucres raffinés et graisses modifiées contribuent directement à l'explosion des maladies chroniques avec un coût sanitaire et économique massif pour la collectivité.

En Belgique, nous venons d'adopter des mesures importantes concernant le remboursement de certains médicaments, comme les antiacides ou les statines, dans un objectif de bon usage et de responsabilisation. Mais parallèlement à ces décisions, un message essentiel doit être entendu. La santé ne se résume pas aux médicaments. La prévention passe aussi par la lutte contre les habitudes de vie délétères, en particulier les comportements alimentaires qui favorisent le recours excessif à ces traitements.

Monsieur le ministre, face à l'exemple américain, envisagez-vous une initiative politique forte au niveau fédéral pour sensibiliser la population aux risques liés à la consommation d'aliments ultra-transformés qui aggravent l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires, pour encourager le secteur alimentaire à proposer des produits plus sains et pour mieux encadrer la promotion de ces produits? Allons-nous devoir attendre, comme à San Francisco, qu'une collectivité saisisse la justice pour reconnaître l'impact sanitaire majeur de ces produits?

22.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, avant de répondre aux questions, je signale que je répondrai encore à une question avant de partir; Mme Désir faisant preuve d'une grande patience, je répondrai à sa question figurant au point 43 de l'ordre du jour, si elle se réfère à sa question écrite.

In antwoord op de eerste vraag van de heer Van Lysebettens, vind ik de centrale conclusie die werd geformuleerd op het symposium van september fundamenteel: alle actoren en belanghebbenden in ons voedselecosysteem dragen een gedeelde verantwoordelijkheid en moeten samenwerken om duurzame en toegankelijke oplossingen voor iedereen te ontwikkelen en de huidige trends om te buigen. Het is met die insteek dat ik al van bij het begin van deze legislatuur in een constructief overleg ben getreden met de voedingssector en samen mogelijke samenwerkingen verken.

Concernant la deuxième question, monsieur Gatelier, monsieur Van Lysebettens, au niveau fédéral, nous continuons à encourager le déploiement du Nutri-Score en Belgique afin que le plus grand nombre de consommateurs soit correctement informé de la qualité nutritionnelle des produits qu'ils achètent. Dans ce but, nous travaillons à un arrêté royal rendant obligatoire la mention du Nutri-Score dans la publicité pour les produits alimentaires. Une étude scientifique menée en France montre en effet que l'affichage du Nutri-Score dans la publicité incite les consommateurs à faire des choix plus sains. Les aliments ultra-transformés obtiennent généralement un mauvais Nutri-Score.

Par ailleurs, je souhaite, en collaboration avec les grands détaillants et l'industrie alimentaire, stimuler diverses initiatives de *nudging* telles que la priorité aux promotions 1+1, 2+2 ou des multi-packs uniquement pour les produits affichant un Nutri-Score A ou B, la mise en avant des produits A et B dans les folders publicitaires, la promotion d'options saines aux caisses, ainsi que la poursuite des reformulations visant à réduire les teneurs en sel, en sucre et en graisses saturées et à augmenter la quantité de fibres et de céréales complètes.

Wat de derde vraag betreft, ben ik me bewust van de commerciële factoren die een rol spelen in het voedingsbeleid dat we willen voeren en ik ben daar gevoelig voor. Ik heb om die reden in juni 2024 deelgenomen aan de lancering van het WHO-rapport voor Europa over commerciële determinanten van niet-overdraagbare ziekten. Op dit ogenblik gaat mijn prioriteit – aangezien het regeerakkoord mijn bewegingsruimte daarin wel wat beperkt – uit naar overleg en samenwerking met de voedingsindustrie,

de grote retailers en de horeca. Binnen die context zullen we de resultaten van de zelfregulering van de private sector in de vorm van een nieuwe reclamecode nauwlettend volgen. Zeker de implementatie van het verbod op reclame voor te vet, te zoet en te zout voedsel binnen 150 meter van een school wil ik objectief laten evalueren.

22.04 Jeroen Van Lysebettens (Ecolo-Groen): Mijnheer de minister, ik kijk zeker uit naar de verdere stappen die u daarin zult ondernemen. Gezien de snel evoluerende medische toestand denk ik wel dat u ook uw collega's aan de regeringstafel – ik hoor dat de heer Gatelier daarin eigenlijk een medestander is – moet betrekken om te zien of we niet meer moeten doen dan onderzoeken.

Ik heb ook een bijkomende suggestie. Het is goed dat u in overleg treedt met de privésector, maar ik denk dat u ook met de regionale overheden moet overleggen, omdat zij eveneens een aantal promotiecampagnes rond voeding voeren. Ik vind dat wij als overheid het goede voorbeeld moeten geven.

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

Cela fait des années, bien avant d'entrer en politique, que je fais de la lutte contre la malbouffe une priorité. Les statistiques sont très négatives puisque les cancers augmentent chez les jeunes adultes. Vous devrez bientôt organiser des dépistages du cancer du sein dès l'âge de 30 ans ou du cancer du côlon dès l'âge de 35 ans. Sur les photos scolaires que les enfants montrent fièrement à leurs grands-parents, la moitié des élèves sont en surpoids, ce qu'on ne voyait pas il y a 20 ou 30 ans.

Nous sommes donc véritablement face à un problème sanitaire majeur. On le sait, ce sont les aliments ultra-transformés, les aliments sucrés et les additifs mis dans l'alimentation avec des graisses saturées qui sont responsables de ces maladies graves.

Quoi qu'il en soit, je m'opposerai toujours aux politiques de santé qui veulent diminuer le budget des soins de santé sans en même temps faire d'efforts pour punir l'industrie agroalimentaire, qui est vraiment une source majeure de maladies graves.

J'ai entendu votre réponse, monsieur le ministre. Je pense que nous allons dans le bon sens et vous avez tout mon soutien.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 56010714C van mevrouw De Knop wordt uitgesteld.

23 **Samengevoegde vragen van**

- Irina De Knop aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De stijging van het aantal hiv-besmettingen bij heteroseksuele mannen" (56010715C)
- Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het kostenplaatje van de terugbetalingen door het RIZIV inzake soa's en hiv- en aidsbehandelingen" (56010721C)
- Caroline Désir aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hiv-diagnoses" (56011164C)
- Sarah Schlitz aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Wereldaidsdag en de toename van het aantal hiv-besmettingen bij Belgische jongeren" (56011354C)

23 **Questions jointes de**

- Irina De Knop à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'augmentation du nombre d'infections par le VIH chez les hommes hétérosexuels" (56010715C)
- Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les coûts des remboursements des IST et des traitements contre le VIH/sida par l'INAMI" (56010721C)
- Caroline Désir à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les diagnostics du VIH" (56011164C)
- Sarah Schlitz à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La Journée mondiale de lutte contre le sida et la hausse des cas de VIH chez les jeunes belges" (56011354C)

23.01 **Caroline Désir** (PS): Monsieur le ministre, le dernier rapport Sciensano sur le VIH en Belgique révèle que, si le nombre total de nouveaux diagnostics est resté stable en 2024 avec 662 cas, on voit une augmentation significative chez les hommes belges, notamment une hausse de 33 % parmi les hétérosexuels et de 15 % parmi les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes. On voit également que la Région de Bruxelles-Capitale est disproportionnellement touchée, avec un taux de diagnostic presque trois fois supérieur à la moyenne nationale.

Monsieur le ministre, dans ce contexte et en concertation avec vos collègues des entités fédérées, quelles mesures comptez-vous mettre en place en matière de prévention et de dépistage?

Selon l'Institut de médecine tropicale, les principaux freins à l'utilisation de la PrEP (*prophylaxie pré-exposition*) sont un manque de connaissance, la stigmatisation et les inégalités. Quelles initiatives envisagez-vous pour améliorer l'accessibilité à la PrEP et à la PEP (*prophylaxie post-exposition*)? Des mesures sont-elles envisagées en matière de formation et de sensibilisation de la première ligne? Des discussions sont-elles toujours en cours pour permettre la prescription et le suivi de la PrEP par les généralistes?

23.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le plan national VIH élaboré en concertation avec les entités fédérées qui couvre la période 2020-2026 comprend des actions axées sur la prévention, le dépistage, la prise en charge et la qualité de vie.

Ces dernières années, des progrès significatifs ont été réalisés dans l'objectif d'atteindre un continuum de soins VIH de qualité, mais l'augmentation du nombre de nouveaux diagnostics VIH après des années de baisse régulière exige une révision des priorités. Il est important de mettre davantage l'accent sur la prévention, le dépistage et la PrEP.

Un grand défi réside dans la diversité des publics concernés par le VIH ou à risque, ainsi que dans la manière de les atteindre. Il est, par exemple, nécessaire de renforcer les actions de proximité dans les zones géographiques où le nombre de diagnostics par habitant est élevé, comme certains arrondissements de la région bruxelloise, afin d'y organiser un dépistage systématique.

Les réponses doivent être coordonnées, car elles relèvent de différentes compétences. C'est pourquoi le GTI Prévention met le monitoring du plan national à son ordre du jour une fois par an. Cette année, cette réunion a eu lieu le 9 juillet. L'évaluation intermédiaire de notre plan VIH actuel, qui couvre donc la période 2020-2026, a en effet montré que notre politique devait être réorientée et que les efforts en

matière de prévention, de PrEP et de dépistage devaient être renforcés. Chaque entité fédérée a ses spécificités, mais tout le monde s'est montré impliqué pour travailler à son niveau en ce sens.

Il a aussi été décidé qu'un nouveau plan IST serait élaboré pour succéder au plan actuel, à partir du 1^{er} janvier 2027. Les travaux préparatoires à cette fin sont menés par Sciensano. Comme le travail est en cours, je ne suis pas encore en mesure de vous en communiquer les détails.

Sur le plan fédéral, l'amélioration de l'accès à la PrEP est en effet une question à l'étude, comme indiqué dans l'accord de gouvernement. Pour le moment, la PrEP remboursée ne peut être prescrite que par les médecins de centres de référence VIH. Les médecins généralistes ne jouent qu'un rôle limité dans le suivi. Ce modèle centralisé a démontré sa valeur lors de la phase initiale de déploiement. Cependant, après plus de sept ans de PrEP en Belgique, il n'est plus considéré comme adapté par tout le monde.

Nous sommes en train d'examiner, à l'échelle fédérale, si et comment la PrEP pourrait également être prescrite par les médecins généralistes et comment ces derniers pourraient mieux assurer le suivi de ses utilisateurs. Cette analyse de l'utilisation, en parallèle aux réflexions sur le nouveau plan plus large sur les IST, doit être coordonnée avec celui-ci pour aller dans le même sens, par exemple pour les questions de formation des professionnels et d'information du grand public. Aucune mesure supplémentaire n'est actuellement prévue pour améliorer l'accessibilité de la PrEP. Celle-ci est disponible dans les hôpitaux dotés d'un centre de référence VIH ou dans les centres de soins après violence sexuelle.

Le dépistage et la prévention incombent aux entités fédérées. Si vous souhaitez obtenir de plus amples détails sur ce qui est fait en ce moment, je vous invite à les contacter directement. Comme je le disais, le Comité de monitoring a indiqué que les efforts de dépistage et de prévention seraient renforcés et mis en priorité dans le plan en cours jusqu'à la fin 2026.

L'INAMI ne peut pas ventiler précisément les remboursements par IST, mais on se sert des classes des médicaments les plus spécifiques pour estimer les dépenses. Les traitements de VIH représentent la part la plus importante: plus de 90 % du budget. Pour les autres IST – notamment la syphilis, la chlamydia, la gonorrhée, le HSV et le HPV –, les dépenses sont nettement plus limitées et représentent une fraction relativement stable du total, mais avec une légère augmentation pour la syphilis et la chlamydia.

Au total, les remboursements pour le VIH et ces principales IST sont passés d'environ 169 millions d'euros en 2019 à environ 190 millions en 2024. Ce sont des estimations, car certains remboursements peuvent couvrir d'autres indications et certaines dépenses ne sont pas comptabilisées.

Pour plus de détails, vous pouvez soumettre une question écrite qui permettra une représentation plus précise des données.

23.03 **Caroline Désir** (PS): Merci, monsieur le ministre.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Bedankt, collega's. Ik sluit hierbij de vergadering. Tot morgen!

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.52 uur.

La réunion publique de commission est levée à 17 h 52.