

Commissie voor Gezondheid en
Gelijke Kansen

van

WOENSDAG 8 JULI 2026

Namiddag

Commission de la Santé et de
l'Égalité des chances

du

MERCREDI 8 JUILLET 2026

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 13 et présidée par M. Jean-François Gatelier.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.13 uur en voorgezeten door de heer Jean-François Gatelier.

01 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De socio-economische verschillen in hart- en vaatziekten" (56017862C)

01 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les inégalités socioéconomiques face aux maladies cardiovasculaires" (56017862C)

01.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb deze vraag ingediend naar aanleiding van de studie van de KU Leuven waaruit blijkt dat iemands postcode veel bepalender is voor zijn of haar gezondheid dan zijn of haar genen. Wij hebben in België nog een lange weg af te leggen om ervoor te zorgen dat iedereen gelijke kansen heeft op een gezond leven. Vandaag bepaalt de portefeuille nog te vaak hoe gezond iemand is. Ik weet dat u het ermee eens bent dat wij daaraan iets moeten doen.

De studie toont aan dat mensen in arme buurten veel vaker hart- en vaatziekten hebben. Ze toont ook aan dat de financiële drempel naar de huisarts hoger is, waardoor zorg wordt uitgesteld, terwijl we weten dat preventie werkt, maar daarin bijzonder weinig investeren.

Een eerste kwestie is de vraag waarom we niet meer inzetten op preventie. Dat debat hebben we al een paar keer gevoerd en ik denk daarbij meer specifiek aan de debatten die wij de voorbije twee jaar hebben gehouden over hart- en vaatziekten en de prijsverhoging van de statines. Er bestaat daarbij bezorgdheid dat die verhoging een negatieve impact zou kunnen hebben op de therapietrouw en dus zou kunnen leiden tot een toename van die problematieken. In de studie zien we dat er effectief een sociaal-economisch luik is gekoppeld waarbij het risico op het onderbreken van therapie wegens financiële redenen het hoogst is, net in de doelgroepen die het hardst worden getroffen door hart- en vaatziekten.

In dat kader is mijn specifieke vraag welke plannen u hebt om die impact te evalueren en in kaart te brengen.

De Diabetes Liga heeft al een eerste bevraging gedaan bij haar patiënten. Daaruit bleek dat er een terechte bezorgdheid bestaat over de therapietrouw. Plant u daar ook onderzoek naar of wilt u het RIZIV daartoe opdracht geven?

Een tweede aspect is de barrière om naar de huisarts te gaan. Er is al een discussie geweest over het remgeld. De expertencommissie heeft gesteld dat een verhoging zeker niet kan in de eerste lijn. In het kader van de komende begrotingsonderhandelingen vraag ik mij af of een verhoging van het remgeld voor u een gesloten deur blijft, dan wel of er onderhandelingsmarge is om een verhoging van het remgeld in de eerste lijn door te voeren.

01.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Eggermont, dat is een brede en belangrijke vraag. We zien grote sociaal-economische verschillen in gezondheid, in de toegang tot de gezondheidszorg. Dat roept inderdaad de vraag op of we genoeg doen aan preventie en vooral of we, wanneer we preventie ontwikkelen, dat doen op een manier die beantwoordt aan de notie van wat men in het jargon

soms progressief universalisme noemt. Dat wil zeggen dat we natuurlijk iedereen willen bereiken, universeel, maar dat er toch kwetsbare groepen zijn waarop we extra sterk moeten inzetten.

Ik kan eerst iets zeggen waarvan ik weet dat u het misschien een beetje van de hand wijst, maar ik moet het toch zeggen. Er is ook een bevoegdheidsverdeling. Primaire preventie, de pure primaire preventie, is natuurlijk een zaak van de deelstaten. Ik denk echter dat we, binnen onze federale bevoegdheden en met de instrumenten van de ziekteverzekering, ook hard moeten nadenken over preventie.

Dan heb ik het niet alleen over het feit dat er bepaalde vaccins zijn die we toch financieren, hoewel dat niet echt onze bevoegdheid is. Daar wil ik het nog niet over hebben. Ik wil het bijvoorbeeld wel hebben over de preventieve rol van de eerstelijns psychologische zorg, de preventieve rol van gratis dieetadvies, dat we voor een stuk organiseren, weliswaar op indicatie van overgewicht, maar ook over de preventieve rol die een goed georganiseerde huisartsgeneeskunde kan spelen. Ik denk dat we dat allemaal moeten meenemen.

Meer concreet, u weet dat we een cardiovasculair plan van aanpak willen ontwikkelen. Dat staat in het regeerakkoord. Ik denk dat we dat ook interfederaal moeten doen. Ik denk inderdaad dat we daarbij heel sterk moeten inzetten op die sociale gradiënt en sociale ongelijkheid.

U komt terug op het debat over de remgelden. We hebben het daar al een paar keer over gehad. Ik denk dat we daarover van mening verschillen, misschien niet over alle aspecten van die discussie, maar wel over het volgende. We nemen soms, vanuit de verantwoordelijkheid die we hebben, een maatregel waarbij remgelden worden aangepast. Dat is inderdaad iets wat patiënten kunnen voelen.

De motivatie in het debat over de statines heeft te maken met de toegevoegde waarde ervan in de primaire preventie voor een heel brede groep. Die toegevoegde waarde is niet voor de hele groep even groot. Daarover gaat dat debat, en het is een genuanceerd debat. Ik heb ook altijd gezegd dat, als het louter over de financiële toegankelijkheid gaat, de maximumfactuur voor mij belangrijk is, omdat die de kwetsbare mensen beschermt met betrekking tot de som van de remgelden die ze moeten betalen, inclusief voor statines of andere medicatie die belangrijk is in het kader van cardiovasculaire aandoeningen. Het is dus een genuanceerd debat, dat ik volg.

Wat de remgelden meer in het algemeen betreft, heb ik met heel veel belangstelling het advies gelezen van de Commissie voor gezondheidszorgdoelstellingen (GDOS), onder leiding van professor Schokkaert. Ik vind dat een interessant advies. Nogmaals, de GDOS zegt niet dat we de remgelden moeten aanpassen. Ze stelt vast dat de regering de remgelden wil aanpassen en zoekt daarom uit hoe we dat kunnen doen. Ik wil daar heel eerlijk over zijn. De GDOS zegt inderdaad dat we moeten opletten met kwetsbare patiënten die de verhoogde tegemoetkoming genieten, en in het algemeen zeer sterk moeten opletten in de eerste lijn. Voer geen aanpassingen door in de eerste lijn, adviseert de GDOS. Dat heb ik zeer goed gelezen. Ik ga daarmee natuurlijk naar de regering.

Met andere woorden, we moeten voorzichtig zijn met de remgelden. Mijns inziens is de maximumfactuur daarom uitermate belangrijk. Voorts moeten we voorzichtig zijn met verdere aanpassingen.

Toch denk ik, eerlijk gezegd, dat we er vooral op moeten inzetten factoren van ongelijke toegang tot een gezonde levensstijl en ongelijke omgevingsfactoren weg te werken. Waar woont men? Wat is daar het voedingsaanbod? Wat is daar de open ruimte? Wat is de mogelijkheid om in gezonde lucht rond te lopen en te bewegen? Dat moeten we allemaal mee in rekening brengen. Daar ben ik het helemaal met u eens.

01.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord.

In het debat over de statines lijkt me duidelijk waar de verschillende accenten liggen. Het is niet nodig om dat debat opnieuw te voeren, maar u blijft als verdediging inroepen dat de maximumfactuur een bescherming is voor de financiële toegankelijkheid. Daarbij moet natuurlijk wel de kanttekening worden gemaakt dat een meerderheid van de patiënten niet beschermd is door de maximumfactuur. Dat weet u ook. Hoewel we het niet per se eens zijn over die maatregel, kunnen we het misschien wel eens zijn over de nood aan een echte onafhankelijke evaluatie ervan.

We zullen dus blijven aandringen op een evaluatie. We kunnen natuurlijk blijven discussiëren in een patstelling, maar ik denk dat we dat ernstig moeten nemen en moeten onderzoeken wat de impact van die maatregel op het terrein is, bijvoorbeeld een jaar na de invoering ervan. Dan zal de praktijk uitwijzen wie er gelijk heeft.

Ten tweede wil ik ingaan op de remgelden. Ik ben blij dat u het advies van die commissie ook goed hebt gelezen. U benadrukt dat die commissie in principe niet voor een verhoging van het remgeld is, maar adviseert dat als de regering dat absoluut wil doen, het zeker niet in de eerste lijn mag gebeuren. Ik ben dus blij dat we dezelfde interpretatie hebben.

U zegt dat u daarmee naar de regering gaat en vervolgens hebt u ook gezegd dat we voorzichtig moeten zijn met verdere aanpassingen. Dat laat het toch nog ergens in het midden. Ik neem vooral mee dat u ermee akkoord gaat dat we de eerste lijn echt moeten beschermen.

U weet natuurlijk ook dat wij met zeer veel waakzaamheid de besluiten van de regering zullen opvolgen. Als u akkoord gaat om aanpassingen te doen in de eerste lijn, dan zullen we daar nog een sterk debat over voeren.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'interdiction de la publicité pour la malbouffe" (56016756C)

02 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Het verbod op reclame voor junkfood" (56016756C)

02.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous avez reçu une lettre ouverte de nombreuses associations réclamant une interdiction progressive de la publicité promouvant la malbouffe. Les signataires font référence à un arrêté royal visant à restreindre ou à interdire la publicité pour les produits classés D et E dans le système Nutri-Score.

Cette thématique me tient particulièrement à cœur. Face aux chiffres alarmants du surpoids et de l'obésité en Belgique, l'inaction n'est plus tenable. Les auteurs de l'Enquête de santé estiment que, pour lutter efficacement contre le surpoids et l'obésité, une politique gouvernementale structurelle est nécessaire afin de modifier les comportements néfastes pour la santé.

Celle-ci devrait s'articuler autour de plusieurs axes: améliorer l'environnement alimentaire, introduire des taxes et des subventions sur les produits alimentaires, limiter la commercialisation d'aliments malsains, intervenir dans les écoles, créer des environnements bâtis favorisant l'activité physique et développer davantage de centres multidisciplinaires spécialisés dans l'obésité.

Je vous ai déjà interrogé à plusieurs reprises à ce sujet, notamment à la suite de l'adoption, par les acteurs de l'alimentation, du *Belgian Food Advertising Code*, à l'égard duquel les acteurs de la santé se montrent très critiques. Ils dénoncent notamment des critères insuffisamment stricts pour déterminer si un aliment est sain ou non, de trop nombreuses exceptions et un système d'autorégulation jugé insatisfaisant.

En janvier, vous avez indiqué être en concertation avec le secteur afin d'examiner comment ce code d'autorégulation pourrait être évalué de manière objective. Vous avez également indiqué discuter avec ce secteur de différentes mesures possibles, dans un esprit de coopération, notamment la limitation de la vente de boissons énergisantes aux mineurs, la réduction des promotions sur les produits malsains, le renforcement du Nutri-pack et le déploiement de davantage de caisses saines.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous éclairer sur la concertation menée avec le secteur concernant les mesures que je viens de citer? Qu'en est-il de l'évaluation objective du code d'autorégulation? Quand peut-on espérer la mise en œuvre de mesures concrètes et efficaces sur le terrain? Quelle est votre réponse à la demande exprimée dans la lettre ouverte visant à interdire progressivement la

publicité pour la malbouffe? Je vous remercie.

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Gatelier, à votre première question, en ce qui concerne les différentes pistes évoquées avec le secteur, des contacts ont lieu très régulièrement, notamment dans le cadre d'une concertation bimestrielle organisée à mon cabinet, dont la dernière s'est tenue en juin.

Nous espérons pouvoir aboutir prochainement à de nouveaux engagements avec le secteur privé, avec un éventail de mesures volontaires pour contribuer à des environnements alimentaires plus sains pour les consommateurs.

À votre deuxième question, s'agissant de l'évaluation du *Belgian Food Advertising Code*, il convient de rappeler que celui-ci n'est entré en vigueur que le 1^{er} janvier de cette année. Le recul est donc insuffisant pour procéder à une évaluation objective et rigoureuse de son application et de son efficacité. Une telle évaluation nécessite de disposer de données suffisantes sur une période suffisamment longue afin de pouvoir apprécier l'impact réel du dispositif sur l'exposition des enfants et des jeunes à la publicité pour les produits alimentaires. Une telle évaluation du Code de publicité fait partie de la concertation en cours avec le secteur.

Quant à votre troisième question qui visait à savoir quand peut-on espérer des mesures concrètes et efficaces sur le terrain, j'espère, sur base de cette concertation, aboutir prochainement à des engagements nouveaux du secteur et avec le secteur, avec un éventail de mesures, mais je ne veux pour l'instant pas préjuger de ces mesures concrètes.

Finalement, sur la demande exprimée dans la lettre ouverte, j'ai pris connaissance de la lettre ouverte de plusieurs associations réclamant une interdiction progressive de la publicité pour les produits alimentaires les moins favorables à la santé. Cette contribution s'inscrit dans un débat sociétal important sur la prévention du surpoids et de l'obésité. Dès lors, je remercie expressément les auteurs de cette lettre pour leur engagement et les préoccupations qu'ils manifestent à l'égard de la santé publique. Je considère toutefois qu'il est d'abord nécessaire de pouvoir évaluer les effets du nouveau Code de la publicité et de poursuivre les concertations avec les parties prenantes concernées.

Comme vous le savez, je souhaite progresser en matière de présence du Nutri-Score dans la publicité en Belgique. Aucun arrêté n'a encore été adopté à ce stade, mais je travaille à la préparation d'un cadre réglementaire en la matière. Au-delà de cette piste de vouloir renforcer la visibilité du Nutri-Score dans la publicité destinée aux consommateurs belges, je souhaite privilégier la concertation avec le secteur et attendre les résultats des dispositions qu'il a lui-même décidé de mettre en œuvre sur une base volontaire depuis le 1^{er} janvier de cette année.

02.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, la lutte contre la malbouffe est un sujet qui me tient particulièrement à cœur, et je sais qu'il en est de même pour vous. Plus nous avançons dans cette discussion, plus je suis convaincu que nous ne progresserons réellement que si certains pays européens ont le courage de légiférer sur ces questions.

Le Royaume-Uni a déjà pris plusieurs dispositions, notamment en matière de taxation sur le sucre ou encore la génération sans tabac. Bien que cet exemple concerne un domaine différent, il relève de la prévention. Nous devons tout mettre en œuvre pour faire avancer les choses au niveau national. J'ai en effet le sentiment qu'au niveau européen, les progrès demeurent lents, notamment en raison du poids des lobbys industriels, qui rendent aujourd'hui difficile l'émergence d'un consensus sur ces questions. Or, nous ne pouvons plus nous permettre d'attendre. Les budgets des soins de santé sont sous tension et continuent d'augmenter chaque année. Nous savons qu'une part importante de cette hausse est liée à la malbouffe et plus particulièrement à l'obésité. Nous avons récemment eu l'occasion d'en parler: l'obésité représente actuellement un coût direct et indirect de 4,5 milliards. C'est donc 10 % du budget des soins de santé. Nous savons que si rien n'est fait, en 2030 ce montant atteindra 6 milliards d'euros. On ne peut donc continuer de cette façon, et il n'est en tout cas plus possible de rester sourds et aveugles face à cette question.

Je me permets une petite digression: je ne sais pas si vous l'avez vu, mais l'assurance maladie en France a fait des propositions pour faire des économies de l'ordre de 3,9 milliards d'euros, notamment en prônant une génération sans tabac pour les personnes nées à partir de 2009, en assurant une

couverture vaccinale contre le pneumocoque au-dessus de 65 ans, et, en troisième mesure, en recommandant l'affichage obligatoire du Nutri-Score sur les produits alimentaires. Cela ne relève plus du domaine de la publicité, mais ces propositions faites par l'assurance maladie française au monde politique pour réaliser une économie de près de 4 milliards d'euros sont intéressantes à observer. J'espère que nous pourrions avancer. Je pense qu'avec vous, nous sommes sur la bonne voie, mais comptez sur moi pour retaper régulièrement sur le clou.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

03 Vraag van Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De wildgroei aan synthetische drugs" (56016866C)

03 Question de Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La prolifération des drogues synthétiques" (56016866C)

03.01 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, het jaarverslag van het Drugsagentschap van de Europese Unie maakt gewag van een sterke groei van het aantal nieuwe synthetische drugs op de Europese markt. Dat is al een tijd bezig. Alleen al in 2025 werden namelijk 50 nieuwe stoffen gerapporteerd. Gemiddeld wordt dus elke week een nieuwe stof ontdekt. Dat brengt risico's met zich mee, omdat mensen zeer sterke drugs gebruiken zonder dat zelf te beseffen. Ook het gecombineerd gebruik van verschillende middelen zorgt voor ernstige gezondheidsrisico's. Het Drugsagentschap van de Europese Unie benadrukt daarom het belang van het EU Early Warning System om de Europese lidstaten vroeg op de hoogte te brengen van nieuwe stoffen en opkomende trends.

U weet dat ik al langer vragende partij ben om ook op Belgisch niveau snellere dataverzameling en monitoring inzake drugs mogelijk te maken. Ik pleit al langer voor een drugsincidentennetwerk. Dat werd ook goedgekeurd in een wetsvoorstel van mezelf in 2019.

Op 15 juli 2025 gaf u aan dat er een studie loopt naar de haalbaarheid en het potentieel van de oprichting van een drugsincidentennetwerk, maar dat er toen uiteraard nog geen sprake was van een implementatie. De studie zou tegen eind vorig jaar worden afgerond, wat mogelijk tot een uitrol zou kunnen leiden.

Daarom vroeg ik mij af wat de stand van zaken is. Zijn de resultaten van de studie over het potentieel van een Belgisch drugsincidentennetwerk al bekend? Is er een plan om dat uit te rollen? Welke andere maatregelen zult u nemen om de gezondheidsrisico's door de wildgroei aan synthetische en psychoactieve stoffen aan te pakken?

03.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Van Hoof, de resultaten van de haalbaarheidsstudie bevestigen de maatschappelijke relevantie en de bijkomende waarde van gegevens over druggerelateerde incidenten. Bovendien wordt het potentieel van een dergelijk informatiesysteem versterkt door een duidelijk draagvlak bij eerstelijnsactoren en een grote bereidheid om daaraan mee te werken.

De studie toont echter ook aan dat een brede en gestandaardiseerde gegevensverzameling op korte termijn niet haalbaar is. Dat komt door verschillende structurele knelpunten. Zorginstellingen registreren gegevens niet op een uniforme manier. Toxicologische tests gebeuren op spoeddiensten onvoldoende systematisch, mede door de verschillende mogelijkheden van ziekenhuislaboratoria. Die uitdagingen vertalen zich in hoge budgettaire noden als we dat structureel willen aanpakken.

De studie pleit daarom voor een gefaseerde aanpak. Een eerste stap bestaat erin het bestaande draagvlak te benutten en een kleinschalig systeem op te zetten dat prioritair gericht is op de registratie van basisinformatie en signalen van enkele medische diensten, onder voorbehoud van budgettaire randvoorwaarden. Daaraan zijn ook budgettaire randvoorwaarden gekoppeld, zoals budget voor coördinatie, analyses en de ontwikkeling van een geschikt software-instrument.

Op basis van die ervaringen kan vervolgens worden gewerkt aan een betere harmonisering van de gegevens en een uitbreiding van het type gegevens.

Pas in een latere fase kan het netwerk verder worden uitgebreid, zowel wat het aantal deelnemende

instellingen betreft als naar andere types informatieleveranciers uit verschillende professionele sectoren, zoals preventie, onderwijs en schadebeperking. Momenteel zijn er geen middelen beschikbaar voor de uitrol van dat informatiesysteem en is er geen concreet implementatieplan opgesteld.

Meldingen en vroegtijdige detectie van incidenten worden in kaart gebracht aan de hand van de signalen die Sciensano verzamelt via bestaande gegevensverzamelingen, waaronder meldingen aan het Early Warning System, ad-hocconsultaties in het kader van risicoanalyses en andere rechtstreekse contacten met ziekenhuizen, zoals binnen de uitrol van een stedelijk monitoringsysteem.

Een periodieke aanpassing van de bestaande generieke wetgeving is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat onder meer synthetische opioïden op een adequate en juridisch sluitende manier in het regelgevend kader worden opgenomen. Dat dient te gebeuren via een samenwerking tussen Sciensano, het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten en het Nationaal Instituut voor Criminalistiek en Criminologie.

03.03 Els Van Hoof (cd&v): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. Als ik het goed begrepen heb, is er inderdaad nood aan een drugsincidentennetwerk. Er zijn echter noch de budgettaire middelen, noch de mogelijkheid om het systeem in de ziekenhuizen in te voeren. Dat was natuurlijk net de doelstelling van het drugsincidentennetwerk, namelijk die harmonisatie tot stand brengen. Dat vraagt inderdaad middelen.

U sprak over een kleinschalig systeem. Ik vroeg me af, want dat werd niet zo duidelijk in uw antwoord, of dat ook zal worden opgezet om op die manier te experimenteren met een later, groter drugsincidentennetwerk. Dat vraagt de nodige middelen, maar zorgt er ook voor dat levens worden gespaard en dat zorgverleners, vooral op de spoeddiensten van ziekenhuizen, de nodige informatie krijgen om op basis van de symptomen en de verzamelde en geteste drugs mensenlevens te kunnen redden.

Dat daarvoor middelen nodig zijn, is inderdaad een no-brainer. Ik hoop dan ook dat zo'n kleinschalige uitrol mogelijk zal zijn om op die manier te testen wat in een latere fase mogelijk is. Ik zal uw antwoord nog eens grondig nalezen, maar ik heb ook niet begrepen dat dat kleinschalige model zal worden uitgerold, tenzij ik het verkeerd begrepen heb.

Ik zie u niet neen schudden of ja knikken, dus ik weet niet of het op poten wordt gezet. Misschien weet u het ook niet op basis van het antwoord. Het is mij niet helemaal duidelijk.

03.04 Minister Frank Vandenbroucke: Dat is wat de studie zegt. Ik moet helaas eerder negatief antwoorden. Het probleem is, in alle eerlijkheid, dat we op dit moment geen implementatieplan hebben. Dat is ook een kwestie van middelen.

Ik heb u wel meegegeven dat meldingen en vroegtijdige detectie in kaart worden gebracht via andere bestaande dataverzamelingen, maar dat is natuurlijk niet waarop u uit bent.

03.05 Els Van Hoof (cd&v): Ik dank u voor uw antwoord.

Destijds werd een en ander opgesteld in samenwerking met Sciensano. Die instelling is nu ook vragende partij, omdat de implementatie hun frustratie over hun werk deels kan wegnemen. Dat element wilde ik nog toevoegen aan mijn pleidooi, dat ik zal blijven aanhouden. Ik begrijp echter wel dat het een kwestie van middelen is, maar ik denk ook noodzakelijke middelen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président:** Les questions n° 56016166C, n° 56016334C et n° 56016904C de M. François De Smet seront traitées par écrit.

04 Questions jointes de

- Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'avenir du caisson hyperbare de l'Hôpital André Vésale" (56017049C)

- Anthony Dufrane à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La menace de fermeture définitive du dernier caisson hyperbare de Wallonie" (56017654C)

04 Samengevoegde vragen van

- Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toekomst van de hyperbare kamer van het Hôpital André Vésale" (56017049C)

- Anthony Dufrane aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De dreigende definitieve sluiting van de laatste hyperbare kamer van Wallonië" (56017654C)

04.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, le 22 avril dernier, je vous ai interrogé au sujet du caisson hyperbare de l'hôpital André Vésale, infrastructure unique en Wallonie et indispensable pour la prise en charge de nombreuses pathologies. À cette occasion, vous m'aviez indiqué ne pas avoir été officiellement saisi des difficultés de financement rencontrées par les responsables de l'hôpital. Vous aviez d'ailleurs pris l'initiative, à la suite de nos échanges en commission, de solliciter directement l'hôpital afin d'obtenir des informations complémentaires sur sa situation financière, son activité et les difficultés auxquelles ce service est confronté. Depuis lors, les gestionnaires de l'hôpital André Vésale vous ont répondu et ont été reçus à votre cabinet lors d'une réunion qui s'est tenue le 28 mai dernier afin d'évoquer, notamment, l'avenir de cette activité essentielle.

Pouvez-vous dès lors nous informer des conclusions de cette réunion? Les informations demandées à l'hôpital vous ont-elles permis d'identifier les difficultés structurelles de financement auxquelles est confronté ce service? Des solutions ont-elles été dégagées afin de garantir la pérennité du seul caisson hyperbare wallon? Une adaptation de la nomenclature est-elle envisagée afin de mieux couvrir les coûts réels liés à cette activité hautement spécialisée? D'autres pistes de financement, qu'elles soient budgétaires, organisationnelles ou conventionnelles, ont-elles été examinées avec les responsables de l'hôpital?

Je terminerai en vous informant que depuis lors, l'hôpital a décidé de mettre fin à l'activité de ce caisson à la date du 31 juillet, très prochainement donc.

04.02 Anthony Dufrane (MR): Monsieur le ministre, je vais passer la lecture de tout l'historique et des inquiétudes de ce dossier vu que mon collègue Jean-François Gatelier l'a excessivement bien dressé. Ma collègue Julie Taton est également fort impliquée dans ce dossier, à la recherche d'issues favorables.

Premièrement, suite à notre échange du 22 avril dernier où vous invitiez l'intercommunale HUmani à introduire une demande formelle, vos services ou ceux de l'INAMI ont-ils enfin noué des contacts directs? J'ai appris par mon collègue Gatelier que des contacts avaient eu lieu en votre cabinet avec les dirigeants de l'intercommunale. Des démarches concrètes ont-elles été engagées pour réviser d'urgence la nomenclature des prestations hyperbares afin de corriger ce déséquilibre structurel?

Deuxièmement, comment évaluez-vous le signal politique fort envoyé par une quinzaine de communes ayant adopté des motions de soutien, initiées par notre collègue députée régionale Caroline Taquin? Estimez-vous normal que les pouvoirs locaux en soient réduits à envisager un financement direct pour maintenir un service de médecine spécialisé qui relève normalement des compétences de l'État fédéral?

La reconnaissance de ce caisson hyperbare, en tant qu'équipement lourd au sens de l'arrêté royal du 25 avril 2014, a-t-elle fait l'objet d'une évaluation par votre administration? Une nouvelle étude du KCE a-t-elle été envisagée?

Enfin, pouvez-vous garantir que la fermeture de ce dernier caisson wallon n'entraînerait pas une discrimination territoriale pour les citoyens wallons en cas d'urgence vitale?

04.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Chers collègues, l'hôpital nous a effectivement transmis, à notre demande, leur analyse de la situation. Dans un courrier daté de fin avril 2026, ils indiquent que cette mesure s'inscrit dans un effort d'économie rendu nécessaire par la charge des pensions des travailleurs statutaires qu'il doit supporter en tant qu'hôpital public. Il estime que l'exploitation d'un caisson hyperbare est déficitaire et que sa fermeture permettrait de réaliser une économie de 700 000 euros par an.

Je tiens tout d'abord à souligner, en réponse à cette prise de position, que la rentabilité financière d'une activité spécifique au sein d'un hôpital ne peut être dissociée dans l'analyse des flux financiers globaux de l'établissement. Il faut savoir que certains services sont plus rentables que d'autres. C'est un fait et c'est donc le tout qui compte. Je n'ai d'ailleurs reçu aucune information de la part des autres hôpitaux exploitant un caisson hyperbare indiquant qu'ils cesseraient cette activité pour des raisons financières.

Deuxièmement, la réforme de la nomenclature en cours, qui recense les coûts des prestations médicales sur la base des données hospitalières, apportera davantage de clarté et de transparence à cet égard. J'ai proposé à l'hôpital de présenter un dossier exposant son argumentation au Conseil Technique Médical (CTM) au sein de l'INAMI. L'hôpital n'a pas souhaité donner suite à cette proposition, notamment parce qu'il considère que l'analyse par le Conseil Technique Médical et une éventuelle adaptation ultérieure du remboursement, qu'il ne juge pas garantie, prendraient trop de temps. C'est ce que dit l'hôpital. L'hôpital a par ailleurs indiqué que les séances de caisson pour des indications qui ne donnent actuellement pas droit à un remboursement sont facturées directement aux patients. Le montant total concerné n'est pas indiqué dans le courrier qui m'a été adressé.

Je rappelle également qu'en termes de remboursement par l'INAMI, le premier élément de ce débat concerne la détermination des indications cliniques de l'oxygénothérapie hyperbare (OHB). En ce qui concerne l'efficacité de cette thérapie, l'étude du KCE de 2008 (rapport 74A de 2008) a montré à l'époque qu'il n'y avait pas encore suffisamment de preuves scientifiques pour étendre le remboursement à un certain nombre de pathologies, allant de trois séances pour l'intoxication au CO à 40 séances pour les plaies du pied diabétique. Il a également été souligné qu'il était nécessaire de mener des essais cliniques randomisés sur l'efficacité et le coût des traitements par l'OHB. Une revue Cochrane du KCE est arrivée à la même conclusion en 2016, à savoir l'absence de recommandations fortes dans la littérature pour la plupart des indications en raison de l'absence d'essais randomisés. Compte tenu de cela, aucun budget supplémentaire pour l'oxygénothérapie hyperbare n'a été retenu dans les accords médico-mutualistes précédents ni dans les procédures budgétaires.

Maintenant, la décision de mettre fin à l'exploitation du caisson hyperbare relève de l'autonomie de l'hôpital. En tant que ministre fédéral, je ne peux pas obliger à le maintenir ouvert mais, comme vous l'avez dit, les communes environnantes appellent l'HUmani, dans leur motion, à prévoir en sa qualité d'hôpital public le financement nécessaire pour maintenir le caisson hyperbare en service. S'il cesse de fonctionner, cela aura en effet pour conséquence que les patients nécessitant un traitement par oxygénothérapie hyperbare devront être pris en charge dans un centre plus éloigné. Je comprends bien le souci des autorités communales de la région. Je dois toutefois préciser que les délais recommandés par les directives scientifiques pour le démarrage d'un traitement par OHB le permettent.

Voilà les informations dont je dispose en la matière. C'est également dans ce sens que j'ai répondu à l'hôpital tout récemment.

04.04 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci pour votre réponse, monsieur le ministre. Tout d'abord, je vous remercie pour la patience et l'énergie que vous avez consacrées à la recherche de solutions afin de financer cet outil important pour notre région, et essentiellement pour la Wallonie puisque la Flandre et Bruxelles disposent déjà de telles infrastructures. Je regrette que la communication avec cet hôpital n'ait pas été parfaite puisque vous avez été informé de cette situation à la suite des motions communales et des questions parlementaires déposées par mon collègue Anthony Dufrane et moi-même. Je regrette aussi la réponse de l'hôpital qui n'a pas accepté la possibilité que vous lui avez offerte d'introduire une demande de modification de la nomenclature. Cela montre finalement que sa volonté était de toute façon de fermer ce caisson et de ne rechercher aucune solution permettant de le maintenir.

Je tiens également à rappeler que vous êtes ministre de la Santé depuis 2020. Nous sommes en 2026. Les problèmes de financement de ce caisson ne datent pas d'un an; ils existent depuis très longtemps.

Je déplore dès lors que l'hôpital n'ait pas engagé plus rapidement une concertation avec vous ou, à tout le moins, n'ait pas pris contact avec vous au cours des dernières années afin de tenter de trouver une solution.

Cette fermeture posera néanmoins un véritable problème puisque ce caisson cessera ses activités à partir du 1^{er} août. Le KCE a d'ailleurs bien montré les principales indications de l'oxygénothérapie hyperbare: les intoxications au monoxyde de carbone, les accidents de plongée et les problèmes de surdité aiguë. Pour les deux premières indications, le patient a un délai de six heures pour pouvoir avoir un résultat efficace de l'utilisation de ce caisson. Cela signifie que si un patient dans la province de Luxembourg ou de Liège présente une intoxication au monoxyde de carbone – cela arrive régulièrement –, il disposera de six heures pour être transféré au caisson de Lille, de Bruxelles ou de Bruges. Je le déplore!

Certains députés wallons ont affirmé que la Flandre finançait à 50 % le caisson hyperbare. Je tiens à vous préciser que, après avoir pris des contacts avec votre cabinet, c'est complètement faux! La Flandre n'intervient pas dans le financement du caisson. En revanche, elle intervient – ce que nous ne faisons pas en Wallonie faute de moyens budgétaires – à concurrence de 50 % dans la prise en charge des cotisations de responsabilisation pour la pension du personnel statutaire. Cela concerne, de manière générale, principalement les services publics, les communes et les intercommunales. Donc il n'y a pas d'intervention de la Région flamande directement pour financer ce caisson à hauteur de 50 %.

En conclusion, je peux vous affirmer qu'au sein du conseil d'administration de cet hôpital, le groupe des Engagés est opposé à la décision de fermeture de ce caisson.

04.05 Anthony Dufrane (MR): Je remercie M. le ministre pour son investissement dans ce dossier, dans la recherche de solutions.

Je ne vais pas me positionner aujourd'hui et reprendrai des contacts avec l'intercommunale.

Ce dossier est vraiment important à nos yeux. Je pense qu'il en est de même pour les représentants du MR au sein du conseil d'administration. Nous voulons vraiment consacrer toute notre énergie pour éviter la fermeture de ce caisson. Je tiens à rappeler, pour replacer les choses dans leur contexte, que nous disposons certes d'autres caissons, mais celui de Bruxelles est situé dans un hôpital militaire qui est fermé le week-end.

Le caisson hyperbare de Charleroi a également été mis en avant en raison du nombre d'entraînements de plongée, notamment aux lacs de l'Eau d'Heure ainsi que dans toutes les anciennes carrières. Or c'est en cas d'accident de plongée que chaque minute compte et il n'est pas question d'attendre six heures ou plus pour intervenir et sauver des vies. Je persiste à dire que ce caisson est très important.

Une chose avec laquelle je ne suis pas tout à fait d'accord avec votre réponse, monsieur le ministre, c'est que dans l'argumentaire de HUMANI, celui-ci part du principe qu'il finance un service qui est accessible à toute une région. Une communauté de 15 communes finance un service largement déficitaire et qui profite à toute une région, et même, à la limite, à des pays frontaliers. Il estime donc qu'une aide financière serait la bienvenue pour la subsistance de ce service.

Nous allons continuer à nous battre, avec mes collègues Julie Taton, Jean-François Gatelier et Caroline Taquin, qui siège à la commission de la Santé au Parlement wallon

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 "Les sages-femmes" (56017093C)

05 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De vroedvrouwen" (56017093C)

05.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vais vous parler une nouvelle fois de la revalorisation de la profession de sage-femme.

Le budget dégagé par la création d'un ticket modérateur pour les prestations réalisées par les sages-femmes permettra de revaloriser ces professionnelles de la santé. C'est donc positif. Toutefois, il faut aller plus loin. En ce sens, nous avons déposé une proposition de loi visant à mieux valoriser le travail accompli par les sages-femmes en modifiant la rémunération liée à leurs actes de soins.

Il s'agit, d'une part, de reconnaître le travail réellement effectué par les sages-femmes, qui prennent souvent en charge plusieurs patients – la maman, l'enfant ou les enfants en cas de naissance multiple – en leur permettant d'attester des prestations pour chacune des personnes prises en charge. Il est prévu également que les nombres maximaux de prestations pour les consultations de surveillance, les soins postnataux et les consultations en rapport avec l'allaitement s'appliquent à chaque personne prise en charge.

D'autre part, il s'agit de permettre à la sage-femme d'attester des prestations pour la prise en charge de l'enfant, même en l'absence de la mère, notamment dans les cas d'adoption, de familles homoparentales ou de décès maternel. En effet, ces situations sont actuellement oubliées dans la nomenclature.

Monsieur le ministre, ces situations sont-elles intégrées dans la réforme de la nomenclature? La revalorisation de la profession de sage-femme est-elle envisagée dans le cadre du plan de cohésion sociale ainsi que dans le cadre de l'accord social prévu pour les années 2028 et 2029?

Pourriez-vous nous éclairer sur les travaux menés par la Commission de conventions sages-femmes – organismes assureurs concernant la proposition visant à introduire un ticket modérateur pour les prestations effectuées par les sages-femmes ainsi qu'à revaloriser leur rémunération, l'élaboration d'un meilleur modèle de financement et d'organisation pour les sages-femmes et les propositions susceptibles de contribuer à la simplification administrative?

Je vous remercie pour vos réponses.

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: En effet, monsieur Gatelier, des propositions existent et sont actuellement à l'analyse. Leur mise en œuvre progresse, en tenant comptes des compétences fédérales et régionales, ainsi que de la concertation avec l'ensemble des acteurs concernés.

La Commission de conventions sages-femmes – organismes assureurs examine régulièrement des propositions visant à améliorer la nomenclature, notamment en ce qui concerne une rémunération pour des soins dans des cas spécifiques pour le nouveau-né ainsi que, plus largement, pour l'élaboration d'un nouveau modèle de financement pour le secteur.

Quatre avis du Conseil Fédéral des Sages-Femmes ont été reçus depuis juin 2024. Un premier avis, consacré à leur memorandum, regroupe de larges revendications qui se déclinent ensuite en avis plus ciblés. Un autre avis concerne l'élargissement de la liste des médicaments que les sages-femmes peuvent prescrire. Conformément à la législation en vigueur, il a été transmis aux Académies royales de médecine. Enfin, deux avis remis en 2025 portent respectivement sur le *Midwifery-led care* et les normes hospitalières. Ils ont été examinés par un groupe de travail inter-administrations ainsi que par les entités fédérées, qui sont compétentes en la matière.

Les réformes impliquent à la fois des compétences fédérales, en matière de nomenclature et de prescription, et des compétences régionales, qui concernent l'organisation des soins. Leur mise en œuvre nécessite donc une approche concertée et nécessairement graduelle. Un groupe de travail interdisciplinaire consacré au trajet périnatal pour les grossesses à bas risque se réunit actuellement au sein de l'INAMI. L'un de ses objectifs est de renforcer le rôle des sages-femmes dans le suivi des grossesses à faible risque et de créer un cadre attractif pour les sages-femmes de première ligne.

Cela s'inscrit dans la réflexion sur l'organisation et le financement des soins périnataux. En parallèle, la Commission de convention poursuivra ses efforts en vue d'améliorer la nomenclature, même s'il n'est pas possible, aujourd'hui, de fournir un calendrier précis.

05.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci, monsieur le ministre. Nous reviendrons certainement vers vous à ce sujet, mais vous avez bien compris que subsiste, sur le plan technique, une absence de nomenclature pour la prise en charge de l'enfant lorsque la mère est absente.

Je sais que cette question fait actuellement l'objet de discussions au sein de votre cabinet, mais j'espère sincèrement que la future réforme de la nomenclature prendra en compte cette réalité et prévoira un numéro spécifique lorsque la sage-femme assure la prise en charge de l'enfant, soit en complément de celle de la mère, soit, comme dans le cas présent, lorsque la mère n'existe pas ou est décédée. Il s'agit, à mes yeux, d'un enjeu très important.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06 Question de Jean-François Gatelier à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les suppléments d'honoraires permettant un accès plus rapide aux consultations" (56017099C)

06 Vraag van Jean-François Gatelier aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De betaling van ereloonsupplementen om sneller op consult te kunnen gaan" (56017099C)

06.01 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Monsieur le ministre, l'accord de gouvernement prévoit une limitation des suppléments d'honoraires, en parallèle avec les réformes de la nomenclature et du financement des hôpitaux. Si je comprends la volonté de mieux encadrer certains excès, je considère également que certains suppléments peuvent se justifier lorsqu'ils correspondent à une expertise particulière, à des contraintes organisationnelles spécifiques ou à des coûts d'infrastructure élevés qui ne sont pas suffisamment couverts par la nomenclature actuelle. Cependant – et je vous en ai déjà parlé –, une pratique me préoccupe grandement: plusieurs patients m'ont signalé pouvoir obtenir un rendez-vous plus rapidement chez certains spécialistes s'ils acceptaient de payer un supplément d'honoraires – et ce, alors que leur situation médicale ne constituait pas une urgence. Cette situation me paraît particulièrement problématique dans un contexte marqué par la pénurie de certains spécialistes et par des délais d'attente parfois très importants.

En tant que médecin, j'ai interrogé l'Ordre des médecins. Le Conseil national se prononcera en septembre prochain sur cette question. Je me réjouis déjà d'avoir reçu une réponse. Je reviendrai vers vous lorsque le Conseil national se sera prononcé, car il y a, à mon sens, un problème d'éthique et de déontologie. Encore une fois, il ne s'agit pas de s'opposer aux suppléments, mais d'avoir une médecine plus rapide en payant plus cher.

Monsieur le ministre, avez-vous connaissance de cette pratique consistant à accorder des rendez-vous plus rapides aux patients qui acceptent de payer des suppléments d'honoraires? Disposez-vous d'informations concernant l'ampleur de cette pratique en Belgique? Considérez-vous comme acceptable, sur le plan éthique et du point de vue de l'accessibilité aux soins, que la rapidité d'accès à une consultation dépende de la capacité financière du patient? Dans le cadre de la réforme des suppléments d'honoraires, envisagez-vous de prendre des mesures afin d'empêcher que ceux-ci puissent être utilisés pour donner un accès privilégié à certains patients? Comment comptez-vous garantir que les délais d'accès aux consultations spécialisées soient déterminés prioritairement par les besoins médicaux des patients, et non par leur capacité à payer un supplément?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Gatelier, des signalements ponctuels existent, en effet, concernant un accès plus rapide à certaines consultations en cas de paiement de suppléments d'honoraires. Je ne dispose pas de données permettant d'en mesurer précisément l'ampleur, mais cela semble quand même être une réalité.

Je crois que le principe est clair. L'accès aux soins doit être déterminé en priorité par les besoins médicaux, et non par la capacité financière des patients. C'est, d'ailleurs, précisément l'objectif d'une série de réformes en cours. Nous travaillons à mieux encadrer les suppléments d'honoraires, tout en renforçant l'attractivité de l'accord médico-mutualiste, notamment via la réforme de la nomenclature, afin de limiter les incitants inappropriés. En parallèle, nous poursuivons les efforts pour améliorer le suivi des délais d'attente et garantir une accessibilité équitable, en particulier pour les patients les plus vulnérables.

Enfin, l'avis de l'Ordre des médecins constituera également un élément important pour clarifier le cadre déontologique

06.03 Jean-François Gatelier (Les Engagés): Merci pour votre réponse, monsieur le ministre. Que les choses soient bien claires! Je ne m'oppose pas au fait qu'un médecin puisse exercer une activité conventionnée et, dans une autre partie, une activité non conventionnée, dans laquelle il sollicite des suppléments. Il y a donc deux cabinets à ce moment-là bien distincts. Je le comprends bien, et cette pratique ne me pose aucun problème. Je vais vous citer un exemple concret.

Dans une université francophone bien connue, un patient contacte le secrétariat. On lui fixe un rendez-vous dans trois mois, mais on lui dit, au même endroit de la consultation: "Mais si vous payez un supplément, vous serez pris dans 48 heures". Voilà ce qui me pose question, parce que cette place qui sera attribuée à ce patient qui payera plus cher pour passer en priorité, sera une consultation en moins qui pourrait servir à une réelle urgence médicale.

Présidente: Natalie Eggermont.

Voorzitster: Natalie Eggermont.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Daniel Bacquelaïne à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement de la mesure du taux de lipoprotéine(a)" (56017371C)

07 Vraag van Daniel Bacquelaïne aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De terugbetaling van Lp(a)-tests" (56017371C)

07.01 Daniel Bacquelaïne (MR): Monsieur le ministre, les maladies cardiovasculaires demeurent la deuxième cause de mortalité en Belgique, derrière les cancers. On sait maintenant qu'un facteur de risque majeur reste aujourd'hui systématiquement ignoré dans la pratique clinique courante: la lipoprotéine(a). C'est sur cette thématique que nous avons organisé une table ronde à la Chambre le 18 juin dernier, accompagné d'un *testing* des parlementaires et des membres du personnel de la Chambre qui le souhaitent.

La lipoprotéine(a) est un facteur de risque indépendant, héréditaire et génétiquement déterminé de la maladie coronarienne athérosclérose – la forme la plus prévalente de maladie cardiovasculaire. Un taux élevé de lipoprotéine(a) constitue également la forme la plus courante d'hyperlipidémie. Or, ce taux ne peut être réduit ni par l'alimentation ni par les statines. Seule sa mesure précoce permet d'adapter la stratégie de prévention et de réduire le risque cardiovasculaire global du patient.

Une *task force* réunissant des professeurs et médecins de centres hospitaliers belges a formulé des recommandations claires. La mesure du taux de lipoprotéine(a) doit devenir un élément essentiel de l'évaluation du risque cardiovasculaire, au même titre que le cholestérol ou la glycémie, réalisable en soins primaires comme en soins secondaires. Ces experts appellent à ce que ce test soit effectué de façon routinière, une seule fois au cours de la vie, sans coût supplémentaire de consultation, et que son prix soit pris en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Actuellement, ce test n'est pas remboursé en Belgique, ce qui crée une inégalité d'accès flagrante, puisque seuls les patients pouvant se permettre de prendre en charge eux-mêmes le coût de cette détection peuvent le faire. Cette situation est d'autant plus injuste que le taux de lipoprotéine(a) est déterminé génétiquement et ne dépend d'aucun comportement individuel.

Dès lors, monsieur le ministre, pouvez-vous envisager d'intégrer le dosage de la lipoprotéine(a) dans la nomenclature des actes remboursés par l'INAMI, au même titre que les autres bilans lipidiques de routine?

Des concertations ont-elles été engagées avec le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE) ou le Conseil technique médical de l'INAMI en vue d'évaluer le rapport coût-efficacité d'un remboursement systématique de ce test?

Quelles mesures sont-elles prévues pour sensibiliser les médecins généralistes au dépistage de la

lipoprotéine(a) et garantir que les proches de patients à taux élevé soient orientés vers un test de dépistage familial? Merci pour vos réponses.

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Le dosage de la lipoprotéine(a) soulève effectivement des questions pertinentes dans le cadre de l'évaluation du risque cardiovasculaire. À l'heure actuelle, aucune procédure n'est en cours au sein du Conseil technique médical de l'INAMI en vue d'intégrer ce dosage dans la nomenclature des prestations remboursées. Aucune demande de remboursement n'a été introduite.

Avant d'envisager une prise en charge systématique par l'assurance obligatoire, il paraît indiqué de disposer d'une évaluation complète. Une telle analyse devrait notamment examiner les bénéfices attendus en termes de santé, les conséquences pour le système de soins, l'impact budgétaire, ainsi que les conditions d'un éventuel dépistage ciblé.

Une demande d'étude peut en effet être introduite auprès du KCE, qui évaluera l'opportunité et le calendrier d'une telle analyse. Il convient également de rappeler que la prévention cardiovasculaire repose déjà sur plusieurs leviers bien établis, notamment le sevrage tabagique, le contrôle de la pression artérielle, la prise en charge du diabète, le traitement ciblé des troubles lipidiques, l'activité physique et une alimentation équilibrée.

Comme vous le savez, l'accord du gouvernement fédéral prévoit l'élaboration de plusieurs plans de santé publique. Les travaux relatifs au plan Cancer sont en cours et entrent dans leur phase finale. Ensuite, les travaux préparatoires d'un plan cardiovasculaire interfédéral débiteront cet été. Ce plan sera prochainement discuté dans le cadre de l'IKW Prévention. Tous ces éléments pourront y être abordés, notamment la prévention, la promotion de la santé, les inégalités en matière de santé ainsi que les différences entre les femmes et les hommes face aux maladies cardiovasculaires. Dans l'attente de ces travaux, nous poursuivons déjà nos efforts au niveau fédéral sur plusieurs leviers de prévention, notamment en matière de tabac, d'alcool et d'alimentation.

07.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, tous les cardiologues que j'ai eu l'occasion de rencontrer sont unanimes: il existe aujourd'hui un consensus international sur le fait qu'un taux élevé de lipoprotéine(a) prédispose davantage les personnes concernées aux accidents cardiovasculaires. Je pense que toutes les mesures de prévention que vous avez évoquées sont évidemment importantes pour toute la population. Toutefois, elles le sont encore davantage pour les personnes présentant un taux élevé de lipoprotéine(a). Il me semble que les personnes qui ont un taux élevé ont davantage tendance à suivre de manière étroite les recommandations de prévention qui leur sont adressées.

Je crois réellement que cette mesure de santé publique ne représenterait pas un coût budgétaire important, puisque ce dosage n'est effectué qu'une seule fois. Il ne s'agit donc pas d'un examen qui doit être répété chaque année, comme c'est le cas, par exemple, pour le cholestérol.

En outre, ce dosage n'implique pas de prescription médicamenteuse, les statines n'ayant pas d'effet sur ce taux. Je ne pense donc pas qu'il engendrerait des coûts récurrents ou dépendants de ce suivi. Je suis dès lors convaincu qu'autoriser le remboursement de ce dosage constituerait une mesure efficace. Il me semble qu'il s'agirait également d'une mesure de santé publique particulièrement intéressante.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les dangers des médicaments contrefaits (stylos de sémaglutide)" (56017656C)

08 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De gevaren van namaakgeneesmiddelen (semaglutidepennen)" (56017656C)

08.01 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, aux Pays-Bas, deux personnes ont récemment été hospitalisées après avoir utilisé des stylos amaigrissants achetés sur internet. Elles pensaient utiliser du sémaglutide, mais les stylos contenaient en réalité de l'insuline. L'une de ces personnes est restée

plusieurs heures dans le coma.

Cette affaire rappelle que les médicaments contrefaits représentent un véritable danger, surtout avec le succès grandissant des traitements contre l'obésité. Certaines personnes recherchent des produits moins chers ou plus faciles à obtenir et se tournent vers des circuits illégaux, sans toujours mesurer les risques.

Monsieur le ministre, disposez-vous d'informations sur la présence de ce type de médicaments contrefaits en Belgique? Des cas similaires ont-ils déjà été signalés? Quels contrôles sont aujourd'hui mis en place pour lutter contre la vente illégale de ces produits, notamment sur internet? Enfin, pensez-vous qu'il faille renforcer l'information du public sur les risques liés à l'achat de médicaments en dehors des pharmacies ou des circuits officiels?

08.02 Frank Vandenbroucke, ministre: À ce jour, les moyens légaux dont disposent les services d'inspection de l'AFMPS pour lutter contre ce phénomène restent malheureusement limités. Les inspecteurs ne peuvent notamment pas se connecter anonymement à internet pour effectuer des constats, alors que cela est nécessaire pour garantir leur sécurité et protéger leur matériel. Ils ne peuvent pas davantage recourir au *mystery shopping* ni accéder au Registre national. C'est la raison pour laquelle un projet de loi visant à adapter et à moderniser ces pouvoirs de contrôle est en cours d'élaboration.

Une collaboration est également mise en place avec le Centre pour la Cybersécurité Belgique (CCB) afin de mettre le Belgian Anti-Phishing Shield à la disposition des services d'inspection de l'AFMPS. L'objectif est de pouvoir avertir les visiteurs de sites web frauduleux au moyen d'un écran d'avertissement.

Il existe également des partenariats avec plusieurs plateformes de réseaux sociaux qui permettent de signaler et de supprimer rapidement les publicités frauduleuses. C'est également le cas pour plusieurs plateformes et grandes boutiques de vente en ligne. Des efforts sont déployés pour étendre ces partenariats à d'autres plateformes à l'avenir. Plusieurs actions sont menées en parallèle pour faire cesser les activités de vente de sites web frauduleux, comme l'action PharmaWatch, qui en est déjà à sa deuxième édition, en collaboration avec le SPF Économie.

Pour répondre à votre deuxième question, concernant l'information du public, l'AFMPS prévoit des campagnes d'information pour mieux informer les citoyens des pratiques illégales et des dangers encourus en ce qui concerne les médicaments et les dispositifs médicaux falsifiés. Une mise en garde contre la vente illégale d'analogues du GLP-1 est actuellement déjà disponible sur le site de l'AFMPS et sur pharmainfo.be.

08.03 Julie Taton (MR): La perspective de ce projet de loi est une très bonne nouvelle, monsieur le ministre, parce que ce qu'il s'est passé aux Pays-Bas montre bien qu'il s'agit d'un danger réel: les gens pensent bien faire ou faire une bonne affaire au détriment de leur santé. Et il est vrai que c'est en partie notre mission de les protéger, même s'ils sont toujours libres. Il faut, à un moment donné, qu'il y ait des contrôles. Ce que vous venez de dire est donc très rassurant.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les inquiétudes au sujet de l'évolution du mpox" (56017657C)

09 Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ongerustheid over de evolutie van mpox" (56017657C)

09.01 Julie Taton (MR): Monsieur le ministre, des acteurs de terrain que j'ai rencontrés m'ont fait part de leur inquiétude concernant la recrudescence du mpox. Ils constatent une augmentation du nombre de cas et soulignent que de nombreuses personnes éprouvent encore des difficultés à se faire vacciner, certaines ayant même dû se rendre à l'étranger pour y recevoir le vaccin. Pourtant, la vaccination demeure un moyen important pour endiguer la propagation de la maladie et protéger les personnes les plus exposées.

Monsieur le ministre, quelle est la situation épidémiologique du mpox aujourd'hui en Belgique? Nos stocks de vaccins sont-ils suffisants pour répondre aux besoins? Des mesures complémentaires sont-elles envisagées afin d'améliorer l'accès à la vaccination pour les publics cibles? Prévoyez-vous une stratégie spécifique pour anticiper une éventuelle augmentation de la demande? Enfin, est-il envisagé de continuer à vacciner en continu pour éviter de nouveaux pics épidémiques?

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Taton, au cours des six premiers mois de l'année 2026, 162 cas de mpox ont été recensés en Belgique, ce qui marque une augmentation importante par rapport à la même période de l'année précédente, où nous comptons 42 cas.

Les données du Centre national de référence indiquent que, pour les cas recensés jusqu'à la fin du mois d'avril, les infections proviennent majoritairement du clade Ib du virus mpox. Jusqu'à la fin de l'année dernière, la plupart des cas étaient imputables au clade IIb et toutes les infections par le clade Ib étaient liées à des voyages à l'étranger.

À l'instar des années précédentes, les cas, dans leur grande majorité, sont diagnostiqués chez les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (88 %), l'exposition survenant principalement par contact sexuel (93 %). Nous n'observons aucune hausse de la proportion des cas hospitalisés, lesquels restent stables à 14 %.

Le Risk Assessment Group (RAG) s'est réuni en mai 2026 et a évalué le risque pour la santé publique comme étant faible pour la population générale et modéré pour les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, en particulier ceux qui ont des partenaires sexuels multiples et/ou qui en changent fréquemment.

Sur votre deuxième question relative au stock de vaccins, il convient de distinguer deux finalités: la prévention et la réponse aux situations critiques.

Pour les situations critiques, des vaccins sont mis à disposition par le SPF Santé publique dans le cadre d'un stock stratégique. Ce stock a pour objectif de répondre, en dernier recours, à une épidémie ou à des situations critiques. Il n'est donc pas destiné à couvrir des besoins de prévention générale.

En ce qui concerne la prévention, la responsabilité relève des différentes entités fédérées. Celles-ci ont été sollicitées afin d'envisager la reconstitution de leurs stocks dans ce cadre, notamment par le biais d'achats groupés européens.

Une bonne coordination existe entre les différentes entités fédérées et le niveau fédéral, sur la base de principes de solidarité entre les différentes autorités.

S'agissant de votre troisième question relative aux mesures complémentaires visant à améliorer l'accès à la vaccination, cette matière relève de la responsabilité des entités fédérées.

La même réponse vaut pour votre quatrième question, qui relève également de la compétence des ministres régionaux de la Santé publique.

09.03 **Julie Taton** (MR): Je vous remercie pour ces précisions, monsieur le ministre.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

10 **Question de Julie Taton à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le remboursement élargi de la vaccination HPV pour les personnes séropositives de plus de 45 ans" (56017659C)**

10 **Vraag van Julie Taton aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "Een verruimde terugbetaling van de HPV-vaccinatie voor seropositieven ouder dan 45" (56017659C)**

10.01 **Julie Taton** (MR): Une association de terrain attire l'attention sur la situation des personnes vivant avec le VIH. Ces personnes présentent un risque plus élevé de développer certaines maladies

liées au papillomavirus, notamment certains cancers. L'association propose donc d'étudier la possibilité d'élargir le remboursement du vaccin contre le HPV aux personnes séropositives âgées de 45 à 50 ans, voire sans limite d'âge. Elle rappelle également que, chez certaines personnes immunodéprimées déjà traitées pour des lésions précancéreuses, la vaccination peut réduire le risque de récurrence. Même si cela concerne un nombre limité de personnes, cette piste pourrait permettre d'éviter des complications de santé ainsi que des traitements beaucoup plus lourds.

Cette possibilité a-t-elle déjà été analysée par vos services ou par l'INAMI? Le Conseil Supérieur de la Santé a-t-il été consulté sur cette question ou prévoit-il de l'être prochainement? Une adaptation des conditions de remboursement de la vaccination contre le HPV est-elle envisagée pour certains groupes à risque, notamment les personnes vivant avec le VIH? Enfin, quels sont les obstacles qui s'opposent aujourd'hui à un élargissement des limites d'âge ouvrant droit au remboursement de la vaccination contre le HPV pour les personnes séropositives? Je vous remercie.

10.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Depuis le 1^{er} juin, le remboursement du vaccin contre le HPV a été élargi aux adultes de 19 à 30 ans, ainsi qu'aux personnes vivant avec le VIH et à certains patients immunodéprimés âgés de 19 à 45 ans. Au-delà de 45 ans, les données scientifiques actuellement disponibles restent toutefois trop limitées pour justifier une extension du remboursement. Le Conseil Supérieur de la Santé travaille actuellement sur la vaccination contre le HPV dans certains groupes spécifiques. Son avis pourra nourrir de futures évaluations mais, à ce stade, aucune nouvelle adaptation des critères de remboursement n'est prévue.

10.03 Julie Taton (MR): Merci beaucoup, monsieur le ministre. L'élargissement que vous venez d'évoquer constitue déjà une excellente nouvelle. On estime en effet que huit personnes sur dix seront un jour en contact avec le HPV. Il s'agit donc d'un virus très fréquent. Si l'on peut mieux protéger les personnes les plus à risque, il est important d'examiner ce qui pourrait encore être fait. Bien entendu, il faut suivre les recommandations des experts. Comme vous l'avez indiqué, cette question fait déjà l'objet d'une réflexion et est prise en considération. Lorsqu'un remboursement est ciblé, il peut également permettre d'éviter des complications beaucoup plus lourdes. En tout cas, j'ai bien compris votre message, merci beaucoup.

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

De **voorzitter**: Mijnheer de minister, mevrouw Huybrechts heeft gevraagd om haar vraag nr. 56017786C schriftelijk te behandelen.

10.04 Minister Frank Vandenbroucke: Er schijnt ook een schriftelijke vraag over het thema te bestaan. Ik moet dat bekijken. We zullen die schriftelijke vraag zo snel mogelijk beantwoorden binnen de procedure van de schriftelijke vragen.

11 Vraag van Natalie Eggermont aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De basisverpleegkunde" (56017863C)

11 Question de Natalie Eggermont à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "L'art infirmier de base" (56017863C)

11.01 Natalie Eggermont (PVDA-PTB): Ik heb hierover al eens een vraag gesteld, maar dat was voor de eerste lichting afgestudeerde. Ondertussen is die eerste lichting afgestudeerd en zijn die mensen op zoek naar een job. Er is echter geen akkoord gevonden over de IFIC-loonschaal waaronder zij vallen. Daardoor moeten zij individueel onderhandelen over hun loon en eigenlijk gaan loonshoppen bij verschillende werkgevers, afhankelijk van de vraag komen ze dan in categorie 13 of 14 terecht. In Antwerpen en Gent lukt dat wel, maar in de periferie is er vaak geen echte keuze. Het is dan ook bijzonder jammer dat daarover geen akkoord is gevonden.

U hebt dat ook zo in de pers gezegd. U zei dat u het bijzonder jammer vindt dat de sociale partners niet tot een akkoord zijn gekomen. Ik vraag me wel af of u als minister niet meer kunt doen. Er zijn andere voorbeelden, ik noem de centenindex, waarbij u als minister wel bent tussengekomen in het sociaal overleg. Ik vind dat u nu een erg toeschouwende houding aanneemt. U zegt dat de sociale partners niet tot een akkoord zijn gekomen, dat u dat jammer vindt en dat u hoopt dat mensen ondanks die onzekerheid toch voor dit mooie zorgprofiel zullen blijven kiezen. Dat zij niet tot een akkoord zijn

gekomen, is natuurlijk ernstig.

Wat kunt u als minister doen om daaraan tegemoet te komen? Kunt u extra middelen voorzien? De reden waarom een deel van de werkgevers op de rem staat, heeft natuurlijk ook te maken met de financiële implicaties. Hoe kunt u daaraan tegemoetkomen? Kunt u als minister daarin niet tussenkomen?

11.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dat is inderdaad een probleem. Basisverpleegkundige is een nieuwe functie binnen de zorgsector en voor die functie bestaat nog geen definitieve IFIC-inschaling.

De inschaling van functies binnen het IFIC-systeem gebeurt door een onafhankelijke organisatie, waarbij, zoals u weet, niet uitsluitend wordt gekeken naar het diploma, maar vooral naar de taken, de verantwoordelijkheden en de competenties die in de praktijk worden uitgeoefend. Zo'n analyse vraagt dus per definitie tijd om voldoende praktijkervaring te kunnen observeren.

Ik heb aan de sociale partners gevraagd of ze ondertussen een tijdelijk akkoord konden sluiten over een tijdelijk loonbarema. Tot mijn zeer grote spijt is er geen akkoord tot stand gekomen. Daardoor is er vandaag geen algemeen loonbarema voor basisverpleegkundigen.

Dat betekent dat werkgevers binnen de afspraken die gelden in hun organisatie, een loonvoorstel kunnen uitwerken. Zodra voldoende praktijkervaring beschikbaar is, zal een grondige analyse kunnen worden uitgevoerd om tot een definitieve inschaling te komen. Ik vind het bijzonder jammer dat dat nu decentraal moet worden opgelost, omdat ik geloof dat de basisverpleegkundigen intussen een heel belangrijke versterking betekenen voor de zorgteams. Het gaat over volwaardige verpleegkundige beroepsoefenaars met de competentie om autonoom op te treden in niet-complexe gevallen, maar vooral ook om bij te dragen aan gestructureerde zorgteams. Ik was vorige week in Aalst, waar ik heb gesproken met de nieuwe lichte basisverpleegkundigen. Dat is ongelooflijk enthousiasmerend.

Het is dus jammer dat er geen nationaal akkoord is. Dat betekent dat de instellingen zelf loonvoorstellen zullen moeten doen.

11.03 **Natalie Eggermont** (PVDA-PTB): Dank u wel, mijnheer de minister. U doet dezelfde vaststelling als ik, maar ik vind het wel jammer dat u niet antwoordt op de vraag wat u als minister kunt doen als de sociale partners er in een sociaal akkoord niet uit raken.

Ik weet dat het over een tijdelijk barema gaat, met de discussie over IFIC 13 of 14B. De vraag is echter wat uw standpunt als minister is. Is IFIC 13 aanvaardbaar voor wie drie jaar heeft gestudeerd, verantwoordelijkheid neemt en mee aan het bed staat? Dat is maar één schaal hoger dan die van de zorgkundigen.

Het is toch niet de eerste keer dat u als regering ingrijpt wanneer de sociale partners er niet uitkomen? Ik verwijs opnieuw naar de centenindex. Het is toch normaal dat u als minister tussenbeide komt en een standpunt inneemt over wat een correcte verloning is voor die basisverpleegkundigen? Ik vind het jammer dat u daar niet op antwoordt.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.30 uur.

La réunion publique de commission est levée à 16 h 30.

Schriftelijk behandelde mondelinge vragen

Questions orales traitées par écrit

De antwoorden werden door de vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding bezorgd.

Les réponses ont été fournies par le vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la

Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté.

12 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La réforme de l'INAMI en matière de financement des soins" (56016166C)

12 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De hervorming van het RIZIV op het gebied van zorgfinanciering" (56016166C)

Selon la presse du 18 mai 2026, l'INAMI prépare une réforme du financement des soins qui ferait porter une part substantielle de l'effort sur les médecins spécialistes plutôt que sur les médecins généralistes.

Indépendamment des arbitrages budgétaires que connaît votre département, une telle orientation soulève à la fois des questions d'équité entre catégories de prestataires, de soutenabilité du système conventionnel médico-mutualiste, et — plus fondamentalement — de garanties d'accessibilité aux soins pour les patients, cette dernière étant une valeur cardinale.

En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:

1. Si il confirme l'orientation prêtée à l'INAMI par L'Echo et précise le périmètre exact de la mesure envisagée : économies attendues, catégories de spécialistes visées, calendrier de mise en œuvre ?
2. Si le Comité de l'assurance et la médico-mut ont été saisis formellement ? Quels chiffrages publics — et en particulier quelle étude d'impact sur l'accès aux soins — seront communiqués au Parlement avant toute mise en œuvre ?
3. Les garanties prévues pour préserver l'accessibilité aux soins, en particulier pour les pathologies dont la prise en charge dépend très majoritairement des médecins spécialistes (oncologie, cardiologie, psychiatrie, soins ophtalmologiques) ?
4. Si le Gouvernement entend subordonner toute décision à un débat préalable en commission Santé publique de la Chambre, conformément à la pratique constante en matière de réforme structurelle de l'assurance maladie ?

Antwoord - Réponse:

Monsieur le Représentant,

L'augmentation envisagée du ticket modérateur ne constitue pas une mesure isolée, mais s'inscrit dans un exercice budgétaire plus large et équilibré, dans lequel les moyens demeurent intégralement affectés aux soins de santé. Ceux-ci sont destinés à financer des priorités unanimement reconnues comme essentielles, telles que les investissements dans le personnel soignant, le renforcement des administrations de santé, ainsi que certaines dépenses en matière de cybersécurité et de maladies rares.

La commission des objectifs en matière de soins de santé ne s'est pas prononcée sur l'opportunité de la décision budgétaire en tant que telle. Dans un délai particulièrement restreint, elle s'est limitée à examiner les différentes modalités possibles de mise en œuvre, en partant du principe que les mécanismes de protection existants devaient être préservés, en particulier pour les personnes bénéficiant de l'intervention majorée. À cet égard, l'avis dresse un état des lieux du rôle des tickets modérateurs, des enseignements issus de la littérature empirique, de l'ampleur des contributions personnelles en Belgique et de la valeur des soins. Il en ressort notamment que les contributions personnelles des patients en Belgique sont élevées, mais que les tickets modérateurs n'en représentent qu'une part limitée. Dans le même temps, des mesures importantes ont déjà été prises, comme l'interdiction des suppléments ambulatoires pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. D'autres réformes sont par ailleurs en préparation, notamment en ce qui concerne le système de conventionnement, le financement hospitalier et la nomenclature médicale.

L'avis de la commission confirme qu'il convient, en l'espèce, d'opérer un arbitrage entre plusieurs objectifs de politique publique et qu'un choix politique doit, en définitive, être assumé. C'est cette responsabilité que nous prenons également. Il va de soi que cette mesure devra être élaborée avec la

plus grande vigilance, dans le souci constant de préserver l'accessibilité des soins et de garantir la protection des publics les plus vulnérables.

Les avis du Comité de l'assurance et du Conseil général seront rassemblés et transmis au Gouvernement. Il importe toutefois de souligner qu'il ne s'agit pas d'une réforme structurelle d'ensemble de l'assurance maladie, mais bien de la mise en œuvre d'une décision budgétaire qui doit encore faire l'objet de précisions techniques selon les procédures habituelles. Le Gouvernement veillera à ce que la poursuite de l'examen de ce dossier s'effectue dans le plein respect des procédures en vigueur.

13 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Les développements relatifs au Plan Maladies Rares 2026-2030" (56016334C)

13 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De ontwikkelingen met betrekking tot het Plan Zeldzame Ziekten 2026-2030" (56016334C)

Fin février 2026, vous avez annoncé votre Plan Maladies Rares 2026-2030, qui vise premièrement à cartographier l'expertise disponible en Belgique et en Europe (via les Réseaux Européens de Référence -ERN) dans le domaine des maladies rares, afin d'accéder plus rapidement à un diagnostic et à une prise en charge, et deuxièmement, à assurer une coordination fluide des soins multidisciplinaires (des soins spécialisés aux soins de première ligne.) pour une personne malade.

Le Plan vise aussi à réduire les obstacles administratifs dans les traitements souvent coûteux ou difficiles d'accès, les démarches administratives étant complexes, allongeant les délais et affectant la qualité de vie du patient.

Les nombreuses associations de patients ont accueilli assez favorablement ce plan.

En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:

1. si une première évaluation de l'implémentation de ce plan a été déjà effectuée?
2. dans l'affirmative, quels sont les obstacles principaux rencontrés pour ladite implémentation pour chacun des objectifs dudit Plan?
3. comment s'organise les synergies entre les professionnels et les associations de patients atteints de maladies rares et orphelines, notamment pour ce qui concerne le suivi administratif?

Antwoord - Réponse:

Monsieur le député,

Depuis le lancement officiel du Plan Maladies Rares 2026-2030, en fin février, nous sommes en pleine phase d'implémentation. Le comité maladies rares, organe chargé du suivi du Plan, a été créé le 31 mars 2026 ; il s'agit de la première action concrétisée. Il réunit les administrations fédérales compétentes, Sciensano, les représentants des patients, des hôpitaux de référence, des organismes assureurs et la Fondation Roi Baudouin. Il se réunit régulièrement afin d'assurer un suivi rigoureux et structuré de chaque action.

Parallèlement, nous poursuivons la cartographie de l'expertise. Un groupe de travail dédié y œuvre de manière soutenue afin de rendre accessible au public une vision claire de l'expertise disponible en Belgique. D'autres actions sont en préparation, notamment le soutien aux associations de patients, la mise en place d'un point d'information national et le renforcement de la coordination des soins au sein des hôpitaux de référence.

Les principaux points d'attention portent aujourd'hui sur la mise en œuvre concrète du plan. Pour la cartographie de l'expertise, les données relatives à l'expertise disponible doivent être collectées, validées et rendues accessibles de manière exploitable. Enfin, les associations de patients sont pleinement associées à la gouvernance du plan, garantissant une prise en compte des réalités de terrain.

Je tiens à vous assurer de la pleine mobilisation de mes services pour faire aboutir ce plan au bénéfice des patients.

14 Question de François De Smet à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "La tendance au déconventionnement dans le chef de certaines spécialités médicales" (56016904C)

14 Vraag van François De Smet aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De toenemende deconventionering bij bepaalde medische specialismen" (56016904C)

L'édition de De Morgen du 10 juin 2026 a publié un dossier (DOKTERSLONEN) mettant en lumière un système à deux vitesses dans l'accès aux soins médicaux en Belgique : les patients disposant d'une assurance complémentaire obtiennent des soins plus rapidement et dans de meilleures conditions que ceux qui dépendent uniquement de l'assurance obligatoire INAMI.

La tendance au déconventionnement s'accroît dans plusieurs spécialités (ophtalmologie, orthopédie, chirurgie).

En conséquence, Monsieur le Ministre peut-il me faire savoir:

1. si il dispose de données actualisées sur l'évolution du taux de conventionnement par spécialité médicale au cours des cinq dernières années ?
2. dans l'affirmative, quelles sont les spécialités où ce taux est le plus bas et quelle tendance est observée ?
3. les mesures concrètes que le gouvernement envisage d'inclure dans le prochain accord médico-mutualiste pour renforcer les incitants au conventionnement, en particulier pour les spécialités déficitaires en médecins conventionnés ?
4. si il estime que les mécanismes de contrôle et de sanction existants en cas de surfacturation ou de suppléments d'honoraires abusifs sont suffisamment effectifs ?

Antwoord - Réponse:

Cher Monsieur le Représentant,

Le site web de l'INAMI publie, pour chaque accord national médico-mutualiste, des statistiques détaillées d'adhésion des médecins, y compris des statistiques par spécialité.

Des taux de conventionnement plus faibles se rencontrent principalement dans certaines disciplines extrahospitalières (par ex. la dermatologie, la chirurgie plastique et l'ophtalmologie). Cette tendance se confirme d'année en année. Les différences s'expliquent par l'organisation des pratiques, le profil des patients, le contexte de soins et une culture du déconventionnement historiquement développée dans certaines spécialités moins financées via la nomenclature.

En tant qu'autorité fédérale, nous continuons à privilégier le modèle de concertation afin de maintenir l'attractivité de l'accord médico-mutualiste pour les pratiques extrahospitalières, en veillant à garantir à la fois l'accessibilité pour les patients (en particulier les bénéficiaires de l'intervention majorée) et la viabilité des pratiques pour les prestataires de soins, en tenant compte de leur contexte spécifique et de leur structure de coûts. Cela se concrétise notamment par des mesures structurelles telles que la réforme de la nomenclature, qui vise une valorisation adéquate de la prestation intellectuelle et qui permet de rétablir les équilibres financiers entre disciplines et entre milieux de soins.

Vous n'ignorez pas que des mesures légales ont été récemment adoptées en vue de mieux encadrer les suppléments. Je fais ici évidemment référence à la loi-cadre du 30 mai 2026. En attendant sa mise en application et au regard de la réglementation actuelle, la situation est différente selon que le dispensateur de soins, qui facture aux patients des suppléments d'honoraires, est ou non conventionné. Indépendamment du statut de conventionnement du prestataire il existe en revanche une interdiction de suppléments pour les patients bénéficiaires de l'intervention majorée.

Le non-respect des tarifs fixés dans les conventions ou des interdictions en matière de supplément constituent une infraction qui peut être constatée par les inspecteurs sociaux des deux

services de contrôle de l'INAMI, puis sanctionnée par une amende administrative prononcée par le Fonctionnaire-dirigeant du Service de contrôle administratif. Et les organismes assureurs sont les premiers observateurs du respect de la réglementation de l'assurance maladie.

Il n'y a actuellement pas, au niveau de l'Inami, de sanctions prévues pour les dispensateurs de soins non conventionnés. Toutefois, l'Ordre des médecins peut contrôler et sanctionner disciplinairement les abus dans la libre fixation des honoraires. En effet, un médecin doit fixer ses honoraires en bonne foi, en faisant preuve d'honnêteté et de modération. Il doit informer, au préalable et clairement, le patient sur le mode de fixation de ses honoraires car un patient n'a jamais d'obligation de paiement pour le coût de soins dont il n'a pas correctement été informé.

[15] Vraag van Britt Huybrechts aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken, Volksgezondheid, belast met Armoedebestrijding) over "De repatriëring van stoffelijke resten van en naar België" (56017786C)

[15] Question de Britt Huybrechts à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales, Santé publique, chargé de la Lutte contre la pauvreté) sur "Le rapatriement de dépouilles depuis et vers la Belgique" (56017786C)

Tot op heden mocht ik nog geen antwoord ontvangen op mijn schriftelijke vraag nr. 1081.

Bij het overlijden van een Belg in het buitenland komt naast het leed ook heel wat administratie kijken, wanneer de stoffelijke resten naar België dienen gerepatriëerd te worden.

1. Welke attesten en formaliteiten dienen via de diensten van Volksgezondheid te verlopen bij de repatriëring van stoffelijke resten naar België via de luchthavens? Bestaat daarbij een verschil tussen repatriëringen vanuit 'Schengen'-landen en 'niet-Schengen'-landen?
2. Welke attesten en formaliteiten dienen via de diensten van Volksgezondheid te verlopen bij de repatriëring van stoffelijke resten naar België via wegvervoer? Bestaat daarbij een verschil tussen repatriëringen vanuit 'Schengen'-landen en 'niet-Schengen'-landen?
3. Zijn er kosten verbonden aan de formaliteiten die via de diensten Volksgezondheid dienen te verlopen bij de repatriëring van stoffelijke resten naar België? Indien zo, hoeveel bedroegen de 'inkomsten' hiervoor, voor de jaren 2023-2024 en 2025?
4. Welke attesten en formaliteiten dienen via de diensten van Volksgezondheid te verlopen bij de repatriëring van stoffelijke resten vanuit België via de luchthavens? Bestaat daarbij een verschil tussen repatriëringen vanuit 'Schengen'-landen en 'niet-Schengen'-landen?
5. Welke attesten en formaliteiten dienen via de diensten van Volksgezondheid te verlopen bij de repatriëring van stoffelijke resten vanuit België via wegvervoer? Bestaat daarbij een verschil tussen repatriëringen vanuit 'Schengen'-landen en 'niet-Schengen'-landen?
6. Zijn er kosten verbonden aan de formaliteiten die via 'Volksgezondheid' dienen te verlopen bij de repatriëring van stoffelijke resten vanuit België? Indien zo, hoeveel bedroegen de 'inkomsten' hiervoor, voor de jaren 2023-2024 en 2025?

Antwoord - Réponse:

Het antwoord werd niet tijdig door de regering bezorgd.

La réponse n'a pas été fournie par le gouvernement dans les délais.