CRIV 55 **COM 1077**

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTÉGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

Mardi

09-05-2023

Après-midi

Dinsdag

09-05-2023

Namiddag

N-VA	*Nieuw-Vlaamse Alliantie*
Ecolo-Groen	*Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales – Groen*
PS	*Parti Socialiste*
VB	*Vlaams Belang*
MR	*Mouvement Réformateur*
CD&V	*Christen-Democratisch en Vlaams*
PVDA-PTB	*Partij van de Arbeid van België – Parti du Travail de Belgique*
Open Vld	*Open Vlaamse Liberalen en Democraten*
Vooruit	*Vooruit*
Les Engagés	*Les Engagés*
DéFI	*Démocrate Fédéraliste Indépendant*
INDEP-ONAFH	*Indépendant - Onafhankelijk*

Abréviations dans la numérotation des publications :		*Afkortingen bij de nummering van de publicaties* :	
DOC 55 0000/000	*Document parlementaire de la 55e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif*	*DOC 55 0000/000*	*Parlementair stuk van de 55e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer*
QRVA	*Questions et Réponses écrites*	*QRVA*	*Schriftelijke Vragen en Antwoorden*
CRIV	*Version provisoire du Compte Rendu Intégral*	*CRIV*	*Voorlopige versie van het Integraal Verslag*
CRABV	*Compte Rendu Analytique*	*CRABV*	*Beknopt Verslag*
CRIV	*Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral définitif et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes)*	*CRIV*	*Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaalde beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen)*
PLEN	*Séance plénière*	*PLEN*	*Plenum*
COM	*Réunion de commission*	*COM*	*Commissievergadering*
MOT	*Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)*	*MOT*	*Moties tot besluit van interpellaties (op beigekleurig papier)*

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants
Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.lachambre.be
e-mail : publications@lachambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers
Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.dekamer.be
e-mail : publicaties@dekamer.be

SOMMAIRE

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

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Hervé Rigot, Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 9
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement de la logopédie pour les enfants dont le QI est inférieur à 86" (55035793C) 9
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des soins logopédiques" (55036451C) 9
- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le refus de remboursement des frais de logopédie pour les enfants au QI inférieur à 86" (55036515C) 9

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les modifications de remboursement du dosage de l'urée" (55035795C) 16

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'adoption et la mise en oeuvre d'un nouveau plan cancer" (55035796C) 18

INHOUD

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

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Hervé Rigot, Mieke Claes, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 10
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86" (55035793C) 10
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van logopedische zorg" (55036451C) 10
- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De niet-terugbetaling van de kosten voor logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86" (55036515C) 10

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Laurence Hennuy, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wijzigingen in de terugbetaling voor de dosering van ureum" (55035795C) 16

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De goedkeuring en de uitvoering van een nieuw kankerplan" (55035796C) 18

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude sur le statut BIM réalisée par la Mutualité chrétienne" (55035798C) 20

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De CM-studie over het RVT-statuut" (55035798C) 20

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revue de médication par les pharmaciens" (55035799C) 22

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het medicatienazicht door de apotheker" (55035799C) 22

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'accessibilité des soins radiologiques" (55035807C) 25

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van radiologische onderzoeken" (55035807C) 25

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le new deal pour les médecins généralistes" (55035812C) 27

Orateurs: **Catherine Fonck**, présidente du groupe Les Engagés**, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De new deal voor de huisartsen" (55035812C) 27

Sprekers: **Catherine Fonck**, voorzitster van de Les Engagés-fractie**, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report du stage professionnel pour les psychologues cliniciens" (55036116C) 29

Orateurs: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitstel van de professionele stage voor klinisch psychologen" (55036116C) 29

Sprekers: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Olivier Vajda à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La colère des postes médicaux de garde" (55036162C) 30

Orateurs: **Olivier Vajda, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Olivier Vajda aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De woede bij de huisartsenwachtposten" (55036162C) 30

Sprekers: **Olivier Vajda, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publication d'un "atlas du cancer"" (55036187C) 32

Orateurs: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De publicatie van een 'kankeratlas'" (55036187C) 32

Sprekers: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) 34

Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) 34

sur "Les délais d'attente extrêmement longs pour la prise en charge de l'anorexie" (55036188C)
Orateurs: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la cour d'appel de Liège concernant le CST" (55036189C) 36
Orateurs: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 38
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gel des suppléments d'honoraires" (55036193C) 38

- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le standstill de l'augmentation des suppléments d'honoraires en milieu hospitalier" (55036223C) 38
Orateurs: **Dominiek Sneppe, Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La journée mondiale de l'asthme" (55036235C) 41
Orateurs: **Gitta Vanpeborgh, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation de la gestion de la pandémie de covid" (55036240C) 42
Orateurs: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

over "De zeer lange wachttijden voor de behandeling van anorexia" (55036188C)
Sprekers: **Kathleen Depoorter, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitspraak van het Luikse hof van beroep in verband met het CST" (55036189C) 36
Sprekers: **Dominiek Sneppe, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 38
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bevriezing van de ereloonsupplementen" (55036193C) 38

- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De standstill van de ereloonsupplementen in ziekenhuizen" (55036223C) 38
Sprekers: **Dominiek Sneppe, Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Wereldastmadag" (55036235C) 41
Sprekers: **Gitta Vanpeborgh, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van het coronabeleid" (55036240C) 42
Sprekers: **Frieda Gijbels, Frank Vandenbroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Commission de la Santé et de l'Égalité des chances

du

MARDI 9 MAI 2023

Après-midi

_____

Commissie voor Gezondheid en Gelijke Kansen

van

DINSDAG 9 MEI 2023

Namiddag

_____

Le développement des questions et interpellations commence à 16 h 44. La réunion est présidée par M. Hervé Rigot.
De behandeling van de vragen en interpellaties vangt aan om 16.44 uur. De vergadering wordt voorgezeten door de heer Hervé Rigot.

Les textes figurant en italique dans le Compte rendu intégral n'ont pas été prononcés et sont la reproduction exacte des textes déposés par les auteurs.
De teksten die in cursief zijn opgenomen in het Integraal Verslag werden niet uitgesproken en steunen uitsluitend op de tekst die de spreker heeft ingediend.

01 Questions jointes de
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concrétisation du plan antitabac (partie 1)" (55035789C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La concrétisation du plan antitabac (partie 2)" (55035790C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les filtres à cigarette" (55036448C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La cigarette électronique" (55036450C)
- Hervé Rigot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'interdiction des filtres à cigarettes" (55036496C)
- Mieke Claes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les filtres de cigarettes" (55036503C)
- Els Van Hoof à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'avis du CSS sur les filtres de cigarettes" (55036550C)
01 Samengevoegde vragen van
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De concretisering van het antitabaksplan (deel 1)" (55035789C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De concretisering van het antitabaksplan (deel 2)" (55035790C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sigarettenfilters" (55036448C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De e-sigaret" (55036450C)
- Hervé Rigot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Een verbod op sigarettenfilters" (55036496C)
- Mieke Claes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Sigarettenfilters" (55036503C)
- Els Van Hoof aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het advies van de HGR inzake sigarettenfilters" (55036550C)

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

Ce n'est pas la première ni la dernière fois, je le crains, que je vous

01.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Op 13 december 2022 kondigde u voor april een beperking van het tabaksgebruik rond sportterreinen, in stadions en bij

interroge à propos du plan anti-tabac. Une série d'annonces ont été faites, mais je voudrais surtout savoir où sont les concrétisations. Je vous avais interrogé à ce propos en décembre dernier et vous m'aviez répondu que, d'ici au mois d'avril, il y aurait des limitations autour des terrains de sport, des stades et des activités pour la jeunesse.

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

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

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

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

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

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

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

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

Les filtres à cigarette sont également un sujet important. Le Conseil Supérieur de la Santé (CSS) vient de publier un avis sur l'impact sur la santé publique, mais aussi sur l'environnement. Il conclut clairement

activiteiten van jeugdorganisaties aan; in maart zou de btw op tabak verhoogd worden (dat is ondertussen gebeurd) en, parallel daarmee, zou de btw op fruit en groenten verlaagd worden (daarop wachten we nog altijd); en ook de terugbetaling van nicotinevervangende therapieën zou opgetrokken worden. Hoe staat het met die plannen?

U kondigde voorts aan dat u een koninklijk besluit had voorbereid om mensen van de sigaret, ook de e-sigaret, weg te houden. Hoe staat het daarmee? Hoe staat het met de jaarlijkse enquête over het gebruik van tabaksproducten vanaf 2023? Zal die dit jaar aan de vijfjaarlijkse gezondheidsenquête gekoppeld worden?

Het eerste actiepunt van de interfederale strategie beoogt het opstellen van een transparantieregister van contacten tussen de tabaksindustrie en overheidsdiensten en -instanties, maar in de kolom "Indicator" staat dat er een besluit over de noodzaak van zo'n register moet worden genomen. Dat is echt een stap terug. Waarom wordt dat actiepunt niet onmiddellijk uitgevoerd?

Hoever staat de FOD Volksgezondheid met het opzetten van een systeem voor het verzamelen van informatie over de effecten van elektronische sigaretten op de gezondheid? Wie is daarmee belast?

In actiepunt 8.1 van de strategie wordt melding gemaakt van een studie rond het verbod op de verkoop van tabaksproducten via automaten in horecazaken, tijdelijke verkooppunten en supermarkten van meer dan 400 m². Waarom een studie, terwijl men over tal van gegevens beschikt die aantonen dat het aantal verkooppunten verminderd moet worden?

Met het verbod op het uitstallen van tabaksproducten in de verkooppunten is het nog erger gesteld: de deadline daarvoor wordt naar 31 december 2025 verschoven. Waarom zo een verre datum

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

Enfin, je voudrais aborder un troisième volet, qui concerne les vapoteurs. Dans la stratégie interfédérale 2022-2028, plusieurs chiffres sont mis en avant et se révèlent préoccupants en ce qui concerne les jeunes. En effet, c'est chez les 15-24 ans que le taux de consommation est le plus élevé, alors qu'ils n'ont jamais fumé auparavant. Autrement dit, il ne s'agit pas pour eux d'un outil destiné à s'extraire de la dépendance à la cigarette et à se passer du tabac, mais véritablement d'une piste de lancement vers la consommation d'un produit apparenté à celui-ci et qui peut, dans certains cas, contenir de la nicotine. C'est donc inquiétant.

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

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

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

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

als men de strijd tegen tabak op een ambitieuze manier wil voeren? Gezien het aantal patiënten dat ziek wordt en sterft als gevolg van tabaksgebruik, is dat dringend noodzakelijk, en elk uitstel is verdacht.

De Hoge Gezondheidsraad (HGR) waarschuwt voor de schadelijke gevolgen van sigarettenfilters op de volksgezondheid en het milieu. Hij concludeert dat ze een vals gevoel van veiligheid geven, geen bewezen voordelen bij het voorkomen van schadelijke gevolgen van roken voor de gezondheid hebben en een marketingtool zijn. Hij adviseert om filtersigaretten te verbieden. In uw strategie wordt er echter alleen gewag gemaakt van de nadelige milieugevolgen van sigarettenfilters. Zult u filtersigaretten weldra verbieden?

In de interfederale strategie 2022-2028 zijn de cijfers over jonge vapers verontrustend. Het gebruik is het hoogst bij de 15- tot 24-jarigen, ook al hadden zij voorheen nog nooit gerookt. Vapen is geen middel om van een tabaksverslaving af te komen, maar een opstapje naar het gebruik van een aanverwant product dat nicotine kan bevatten. U stelt dat e-sigaretten gebruikt kunnen worden om mensen die stoppen met roken kortstondig te helpen, maar dat ze gereguleerd moeten worden en niet door niet-rokers gebruikt mogen worden. Het tegendeel is echter waar. Dit is ook de strategie van de tabaksindustrie, die een nieuw publiek wil aanboren en haar mogelijke verlies aan sigarettenverkoop tracht te compenseren met de verkoop van e-sigaretten.

Welke maatregelen zult u nemen om ervoor te zorgen dat e-sigaretten gebruikt worden om mensen die stoppen met roken kortstondig te helpen en dat ze niet door niet-rokers gebruikt worden? Toen de e-sigaretten op de vrije markt kwamen, heb ik voorstellen geformuleerd waarin ik wees op het grote risico dat ze inhielden. Ik vrees dat we in de ergste valstrik gelopen zijn

die de tabaksindustrie ooit voor ons gespannen heeft.

Hoe staat het met het koninklijk besluit dat u in december naar eigen zeggen voorbereid had? Wat staat erin? Hoe staat het met het verzamelen van informatie over de effecten van de e-sigaret?

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

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

01.02 **Hervé Rigot** (PS): Voor een verbod op sigarettenfilters is er een Europees akkoord nodig, gelet op de economische impact ervan. Zult u die kwestie aankaarten in de Raad?

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

Zult u aandringen op een nationaal verbod en dus ook op een Europees verbod op filters? Hoe ziet u de timing? We konden lezen dat de Nederlandse regering sinds kort een verbod genegen is. Bent u van plan om met haar of andere regeringen in overleg te gaan?

01.03 **Mieke Claes** (N-VA): Le ministre plaidera-t-il en faveur d'une interdiction nationale et européenne des filtres de cigarettes? Comment envisage-t-il ce calendrier? Va-t-il consulter ses homologues européens à ce sujet?

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

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

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

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

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

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

En ce qui concerne l'idée de réduire la TVA sur des produits comme les fruits et les légumes, c'est toujours un sujet de débat au sein du

01.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat het antitabaksplan en het rookverbod op sportterreinen en aan de ingang van scholen en ziekenhuizen betreft, hebben mijn diensten een gedetailleerde nota opgesteld, die op 21 april gepresenteerd werd aan de leden van de werkgroep Tabak.

Een eerste gedachtewisseling tussen de federale partners heeft plaatsgevonden. De voormelde nota stoelt op wetenschappelijke publicaties, vigerende regelgeving in andere landen en raadpleging van relevante actoren. Het analysewerk met betrekking tot het rookverbod tijdens activiteiten van jeugdorganisaties zal eind juni afgerond worden.

Wat de btw-verlaging voor fruit en groenten betreft, praat ik verder met de minister van Financiën.

Voor de terugbetaling van substitutietherapieën heeft het secretariaat

gouvernement fédéral. Je poursuis évidemment ce débat avec mon collègue M. Van Peteghem.

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

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

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

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

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

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

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

van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen nog geen aanvragen ontvangen. De Stichting tegen Kanker staat hierover in contact met farmaceutische bedrijven. Twee ervan werken aan een aanvraagdossier.

Teneinde de wettelijke omkadering voor de etikettering en de samenstelling van e-sigaretten te versterken, zal het gewijzigde KB van 28 oktober 2016 op 7 juli in werking treden voor de groothandelaars en op 7 januari 2024 voor de detailhandelaars.

Dat koninklijk besluit voorziet in regelgeving voor e-sigaretten zonder nicotine.

Mijn diensten leggen de laatste hand aan een herschrijving van het koninklijk besluit betreffende het fabriceren en het in de handel brengen van producten op basis van tabak en voor roken bestemde kruidenproducten. Dat KB bevat de maatregelen die gestipuleerd worden in het antitabaksplan.

In overeenstemming met de strategie voor een rookvrije generatie wordt de jaarlijkse enquête door Sciensano afgenomen. Aangezien er geen akkoord over de financiering bestaat, zal de uitrol ervan afhankelijk zijn van de bijkomende middelen die voor Sciensano geoormerkt worden.

Het document over de interfederale strategie 2022-2028 voor een rookvrije generatie voorziet in een analyse van de haalbaarheid van een register dat transparantie moet bieden op het stuk van de contacten tussen de tabaksindustrie en de overheidsadministraties. Die analyse zal stoelen op de ervaringen in andere landen, de bestaande transparantieregisters, de eventuele vooruitgang met betrekking tot een register voor alle economische spelers in België en een raadpleging van relevante partners. De conclusies zullen tegen 31 december 2024 aan de leden van de werkgroep Tabak voorgesteld worden.

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

Ons plan bestaat erin de systemen voor informatieverzameling in de EU te analyseren.

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

Voor de langetermijneffecten van de e-sigaret overweegt de FOD om een onlineformulier op te stellen waarin bijwerkingen geregistreerd kunnen worden.

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

Wat de uitvoering van actie 8.1 van het plan betreft, is het de bedoeling de wet van 1977 betreffende de bescherming van de gezondheid van gebruikers op het stuk van de voedingsmiddelen en andere producten te wijzigen.

Le plan anti-tabac prévoit que l'entrée en vigueur de la modification de la loi sera progressive à savoir une entrée en vigueur de l'interdiction de la vente via automates d'ici au 9 décembre 2023, l'interdiction de la vente des produits de tabac dans les établissements horeca dans les points de vente non permanents (festivals, etc) au 1er janvier 2025 et l'interdiction de la vente des produits du tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400m² pour le 1er janvier 2028.

Het verbod op de verkoop via automaten treedt op 9 december 2023 in werking, in de horeca en tijdelijke verkooppunten op 1 januari 2025 en in voedingswinkels groter dan 400 m² op 1 januari 2028.

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

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

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

L'avis du Conseil Supérieur de la Santé concernant les filtres de cigarettes est intéressant. Nous l'avons d'ailleurs transmis à la Commission européenne. L'Union européenne est un partenaire important dans notre effort visant une génération sans tabac. Nous utiliserons cet avis pour soutenir notre position dans le cadre de la révision de la directive sur les plastiques à usage unique (directive SUP), que la Commission européenne a annoncée d'ici à 2026. Nous contacterons alors d'autres États membres à ce sujet, dont les Pays-Bas. La directive SUP fait office de cadre légal en la matière.

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

Je crois que dans vos questions spécifiques supplémentaires sur les cigarettes électroniques, vous faites peut-être référence à l'exemple de l'Australie, qui compte réserver la cigarette électronique aux fumeurs en possession d'une prescription médicale. Au sein de l'Union européenne, cette option n'est pas envisagée pour l'instant. Notre Conseil

Het voorbehouden van de e-sigaret aan rokers met een medisch voorschrift wordt in de Europese Unie niet overwogen en is ook niet waar onze Hoge Gezondheidsraad voor pleit.

supérieur de la Santé n'a pas non plus préconisé un tel système, notamment parce que l'accès des fumeurs à la cigarette électronique doit rester assuré.

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

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

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

Ces deux mesures seront d'application respectivement en 2025, tant pour le *display ban* que pour l'interdiction de vente des produits de tabac dans les points de vente temporaires et dans les établissements horeca, et en 2028, pour l'interdiction des produits de tabac dans les commerces alimentaires de plus de 400 m².

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

Enfin, la mise en place d'un système de surveillance des effets des cigarettes électroniques sur la santé s'inscrit au niveau d'une collaboration internationale dans le cadre de la deuxième action commune de lutte contre le tabagisme. Un groupe de travail se penche sur cette

Het invoeren van een extra stap beperkt de toegang tot de e-sigaret als rookstopmiddel.

Mensen die willen stopen met roken wordt aangeraden zich door een tabacoloog te laten bijstaan. Het antitabaksplan voorziet in de toevoeging van informatie in de bijsluiter voor producten op basis van tabak en voor e-sigaretten. Op termijn zal de bijsluiter aangevuld worden met informatie rond rookstopbegeleiding.

Het antitabaksplan bevat maatregelen om de toegankelijkheid tot tabaksproducten – ook e-sigaretten – te beperken. De toegang tot de e-sigaret zal aan banden gelegd worden dankzij de maatregel over de vermindering van het aantal verkooppunten en het verbod op het uitstallen van tabaksproducten in de verkooppunten (de zogenaamde *display ban*).

Het gewijzigde KB van oktober 2016 voorziet voor nicotinevrije e-sigaretten in regelgeving die vergelijkbaar is met die voor nicotinehoudende producten. De samenstelling ervan zal strenger gereguleerd worden en door middel van een waarschuwing zal het gebruik ervan afgeraden worden. Het KB, dat op 11 juli in werking treedt, bevat tevens een verbod op e-sigaretten met aantrekkelijke features, zoals gekleurde rook, en op de onlineverkoop ervan.

Tot slot maakt de invoering van een systeem voor de monitoring van de effecten deel uit van de tweede gezamenlijke actie ter bestrijding van tabaksgebruik. Een werkgroep heeft verscheidene centra voor rookstopbegeleiding om data gevraagd. Er zijn te weinig rapporten om een specifieke dataverzameling op te zetten voor e-sigaretten. In het kader van de tweede actie ter bestrijding van tabaksgebruik zullen de incidenten geanalyseerd worden en zal er een geharmoniseerde dataverzameling in de EU voorgesteld worden, zo-

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

dat effecten tijdens of na het gebruik van e-sigaretten kunnen worden gemeld.

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

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

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

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

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

Enfin, concernant le vapotage, quel temps perdu! Les notifications, les avertissements sanitaires, un packaging neutre, le scandale des produits avec des publicités pour enfants sur le packaging… On a laissé, en Belgique, toute la liberté à la stratégie de l'industrie du tabac de développer ce marché et ces produits alternatifs à la cigarette qui font fureur et sont pourtant responsables du fait que beaucoup de jeunes et moins jeunes commencent à fumer. Il y a eu là un laxisme coupable, que je retrouve aussi sur internet. En effet, malgré l'interdiction de la

01.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Toen mevrouw De Block minister was, hield de tabakslobby zich gedeisd, maar u bent traag in het nemen van voor de hand liggende initiatieven die dringend handen en voeten moeten krijgen. Dat begrijp ik niet in het licht van de duizenden nieuwe jonge rokers en de duizenden kankers en cardiovasculaire aandoeningen boven op de duizenden jaarlijkse sterfgevallen ten gevolge van tabak.

België was een voorloper in de strijd tegen tabaksgebruik; vandaag vertraagt ons land het opstellen van een Europese wetgeving met dat oogmerk en ondergraven we de doeltreffende federale hefbomen om de toegang tot tabaksproducten te beperken en het gebruik ervan te stoppen!

Verschillende EU-ministers van Volksgezondheid hebben forse standpunten ingenomen over de sigarettenfilters. Er zullen concrete maatregelen genomen kunnen worden, als meerdere EU-lidstaten moed aan de dag leggen. De interfederale strategie en het uitstel van belangrijke beslissingen tot 2028 doen me vrezen dat de regering dezelfde houding zal aannemen voor wat de sigarettenfilters betreft. Ik vraag u dus om dat onderwerp op de agenda van de Belgische EU-voorzitterschap te zetten.

Tot slot had de tabaksindustrie in ons land de vrije hand om vapen en alternatieve producten voor sigaretten te ontwikkelen, die verantwoordelijk zijn voor het grote aantal nieuwe rokers. Zo maken bedrijven online reclame voor de e-sigaret, ondanks het reclameverbod dat

publicité pour la cigarette électronique en Belgique, sur internet vous trouvez des entreprises qui ont pignon sur rue en Belgique et qui font de la publicité pour le vapotage. La législation n'est même pas vérifiée. Je demande que l'on sorte de ce laxisme coupable, pour protéger les jeunes et les moins jeunes et protéger la santé.

voor die producten in ons land geldt.

Ik doe een oproep om komaf te maken met dat schuldig verzuim om ons aller gezondheid te beschermen.

Président: Thierry Warmoes.
Voorzitter: Thierry Warmoes.

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

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

01.06 **Mieke Claes** (N-VA): Je comprends que l'interdiction soit une compétence européenne, mais la Belgique doit rapidement adopter une position claire et ferme en la matière. Dans le plan antitabac, les filtres de cigarettes n'apparaissent que dans la section sur l'environnement, mais en termes de santé aussi, il s'agit pour nous d'une évidence. Il vaut mieux introduire cette interdiction plus tôt.

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

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

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

01.07 **Hervé Rigot** (PS): Tabak is een plaag die moet bestreden worden en daarvoor moeten de nodige middelen uitgetrokken worden. Sigarettenfilters zijn een tool ten dienste van de tabaksindustrie en zijn schadelijk voor de gezondheid. Een sigarettenfilter suggereert dat de sigaret aangenamer en minder schadelijk is, maar dat is niet zo. Sigarettenfilters zijn ook een ramp voor het milieu en ze zijn verslavingsbevorderend. Men moet de middelen vinden om een doortastend beleid tegen de tabaksindustrie te voeren. Men kan niet doof blijven voor de studies die aantonen dat het tijd is om preventief actie te ondernemen en om tabak te verbieden.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

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

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

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

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

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

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

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

02.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Ik kom nog eens terug op de uitsluiting van de terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86 en mensen met een secundaire stoornis die het gevolg is van een psychiatrische aandoening. In 2019 heb ik een lans gebroken voor die terugbetaling. Ik had liever gezien dat er onmiddellijk een wet werd aangenomen, maar de meerderheid besliste om de cumulregels bij koninklijk besluit vast te leggen en een studie te laten uitvoeren.

Toen ik u hierover op 14 juni 2022 vragen stelde, antwoordde u dat de aan het KCE toevertrouwde studie nog niet van start was gegaan. U herhaalde nog maar eens uw bedenkingen over de terugbetaling van logopedie voor kinderen met een IQ lager dan 86, zelfs voor kinderen in het reguliere onderwijs. U ging op de rem staan met als argument dat dit zo beslist werd door de vertegenwoordigers van de logopedisten. Deze week heeft de voorzitster van de Union Professionnelle des Logopèdes Francophones dit verschrikkelijke onrecht opnieuw aan de kaak gesteld. Uw argument houdt dus geen steek.

De GAMP (Groupe d'Action qui dénonce le Manque de Places pour personnes handicapées de grande dépendance) heeft een dossier opgesteld, waarin uw argumenten betwist worden.

Wat antwoordt u aan de gezinnen en aan de actoren op het terrein? Naast het feit dat er rechten met de voeten getreden worden, komt de weigering om de logopedische zorgverstrekking ten laste te nemen erop neer dat de kinderen met autisme bijkomende handicaps ontwikkelen door een gebrek aan zorg. Ze worden in de steek gelaten!

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La commission de convention logopèdes-organismes assureurs estime que les enfants dont le quotient intellectuel est plus faible ont évidemment besoin de logopédie, mais qu'un traitement pluridisciplinaire dispensé dans un centre de rééducation ambulatoire est plus adapté dans leur cas. En effet, le traitement monodisciplinaire est moins effi-

02.02 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): *Heel wat kinderen met een mentale handicap komen niet in aanmerking voor de terugbetaling van hun logopediesessies om de eenvoudige reden dat hun IQ lager is dan 86. Taalontwikkeling is nochtans essentieel.*

Naar verluidt weigeren sommige logopedisten kinderen, omdat die kinderen niet binnen de quota vallen die de beroepsbeoefenaars moeten bereiken om aanspraak te kunnen maken op premies. Aan de andere kant is er in de provincie Luxemburg geen centrum voor ambulante revalidatie.

In 2020 had de federale minister van Volksgezondheid al een aanbeveling ontvangen in verband met de terugbetaling van de logopediekosten voor de kinderen die niet beantwoorden aan de IQ-voorwaarden.

Waarom staan we nog geen stap verder? Wat is uw antwoord aan de ouders en de beroepsbeoefenaars die vragende partij zijn voor een wijziging?

02.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb kennisgenomen van het dossier van de actiegroep die het gebrek aan plaatsen voor zwaar afhankelijke gehandicapten aan de kaak stelt. De grens die voor de tenlasteneming in de monodisciplinaire logopedie vastgelegd werd – een IQ van 86 of hoger – heeft enkel betrekking op de behandeling van stoornissen in de mondelinge taalontwikkeling en van dysfasie. De Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen meent dat kinderen met een lager IQ dan 86 uiteraard logopedie nodig hebben, maar dat een multidisciplinaire behandeling in een poliklinisch revalidatiecentrum geschikter en doeltreffender is. Het is de bedoeling het kind te leiden naar de voor hem of haar beste oplossing.

In de provincie Luxemburg zijn er

cace car il n'y a pas de consultation et d'interaction continue et intensive avec les autres disciplines médicales et paramédicales.

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

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

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

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

Vous pourriez donc vous adresser aux ministres compétents des Régions pour leur soumettre ces difficultés car elles relèvent des leurs compétences.

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

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

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

S'agissant des soins logopédiques pour les enfants atteints d'un

inderdaad onvoldoende voorzieningen, die ongelijk verspreid zijn en te weinig zorg aanbieden. Het valt te betreuren dat de bevoegde gewestelijke overheden niet zorgen voor een voldoende aanbod aan logopedische zorg. U hebt het over een weigering tot hervorming van mijn kant, maar poliklinische revalidatiecentra vallen onder de bevoegdheid van de deelgebieden en ik ben niet bevoegd op het gebied van gespecialiseerd of algemeen onderwijs.

U zou zich derhalve tot de bevoegde gewestministers kunnen richten.

U verwijst naar een aanbeveling uit 2020 over de terugbetaling van logopediekosten door de zorgverzekering voor kinderen die niet voldoen aan de voorwaarden die er in de nomenclatuur inzake het IQ opgelegd worden. De wet van 8 mei 2019 bepaalt dat de Koning de cumulregels vastlegt voor wat de samenloop van monodisciplinaire logopedie en multidisciplinaire revalidatie betreft voor kinderen met een intelligentiestoornis. Een grondige analyse dringt zich dus op alvorens er een koninklijk besluit uitgevaardigd kan worden. Het KCE onderzoekt nog steeds of die studie uitgevoerd kan worden. In afwachting bestaat er dus de mogelijkheid om kinderen met een IQ lager dan 86 door te verwijzen naar een multidisciplinaire behandeling in ambulante revalidatiecentra.

De Overeenkomstencommissie logopedisten-verzekeringsinstellingen is op de hoogte van de situatie met betrekking tot logopedie voor kinderen met autismespectrumstoornissen. Ze overweegt die zorgverstrekking voor kinderen met autisme niveau 1 op te nemen in de monodisciplinaire logopedische nomenclatuur. Deze voorstellen zijn gebaseerd op wetenschappelijke gegevens. Daarbij moet er ook rekening gehouden worden met het juridische, organisatorische en budgettaire kader.

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

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

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

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

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

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

02.04 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Terwijl die kinderen jarenlang in de kou blijven staan, spelen de ministers van de verschillende beleidsniveaus elkaar de zwarte piet toe. Dat is onaanvaardbaar! U bent blijkbaar niet in staat om dat punt op de agenda van een IMC te zetten en daarbij te vertrekken van wat die kinderen en hun gezinnen werkelijk meemaken.

Een kind is iets anders dan een regeling met betrekking tot de institutionele bevoegdheidsverdeling! Ik had van u een ietwat menselijker antwoord verwacht. Zelfs louter op het budgettaire vlak zullen die kinderen, als men niets doet, over 5 à 6 jaar minder goed geschoold zijn en minder goed geïntegreerd zijn in de maatschappij en in het beroepsleven en dat zal nog duurder uitvallen voor de sociale zekerheid. Ze moeten dus beter geïntegreerd worden, onder meer door een logopedische behandeling te kunnen volgen.

02.05 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Je suis également déçue par cette réponse. En effet, vous êtes économiste et vous êtes capable de réaliser des analyses d'incidences et de calculer à la marge le fait de

02.05 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): U kunt de marginale bedragen berekenen ingevolge de

ne pas rembourser des consultations pour des enfants qui ont un QI de 86 – alors que la moyenne est de 90 – et qui ne pourront pas bénéficier d'un apprentissage du langage avant d'être scolarisés dans l'enseignement spécialisé ou d'aller dans un centre de réadaptation de l'enfant (CRA). Évidemment, comme vous l'avez dit, c'est encore une fois la faute du Luxembourg, qui ne dispose pas de CRA dans sa région.

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

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

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

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

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

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

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

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

Abandonner les enfants, ne pas les prendre en charge, les laisser sur le côté, ne pas se mettre au clair avec un autre ministre quand on est ministre soi-même… Il est tellement facile de déclarer au Parlement: "ce n'est pas moi, c'est l'autre". J'en ai ras-le-bol d'entendre ça. C'est encore bien plus grave que de dire ici que la multidisciplinarité est à l'avantage de l'enfant. Les abandonner, c'est gravissime pour les enfants et les familles concernées. C'est la énième fois que je retente d'en parler avec vous et c'est aussi pour cette raison que je ressens un certain énervement. Je reviens constamment vers vous! Vous êtes

niet-terugbetaling van consulten voor kinderen met een IQ van 86 – het gemiddelde is 90 – die pas taal zullen verwerven wanneer ze naar een gespecialiseerde school of een revalidatiecentrum voor kinderen gaan.

Dankzij logopedie kunnen deze kinderen misschien toch naar het reguliere onderwijs. Ik begrijp die administratieve berekeningswijze dan ook niet.

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Dit is geen administratieve kwestie. Een multidisciplinaire aanpak is in het belang van het kind!

Ecolo zit in de bevoegde gewestregering. U moet de bevoegde ministers maar zeggen dat hun houding niet menselijk is! Het federale beleidsniveau is niet bevoegd voor die instellingen.

02.07 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Hebt u ooit al een IQ-test afgenomen bij een kind? Denkt u dat het een exacte wetenschap is? Er worden ongetwijfeld vergissingen gemaakt.

Een multidisciplinaire aanpak is in het belang van het kind, maar beletten dat kinderen behandeld worden door een te hoge drempel…

02.08 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ze worden door de gewesten in de steek gelaten!

02.09 **Catherine Fonck** (Les Engagés): U windt zich op omdat u hiermee verveeld zit.

Ik ben het beu altijd hetzelfde riedeltje te moeten aanhoren: "Het is niet mijn bevoegdheid, maar die van de ander". Dat is erger dan zeggen dat een multidisciplinaire aanpak in het voordeel van het kind is. Kinderen in de steek laten, is een buitengewoon kwalijke zaak. Ik probeer dat voor de zoveelste keer

obligé d'appliquer la loi, et vous ne le faites pas, depuis quatre ans. Ce n'est pas le premier dossier où vous vous asseyez sur une loi. Ici, il s'agit de la loi votée en 2019. Tout cela, sur le dos des enfants. Là, je ne suis plus d'accord avec vous.

Prenez votre téléphone, appelez la ministre socialiste de la Région wallonne. Je m'en fous des histoires de Parlements. Quand on vient avec de bons arguments, vous ne bougez pas ou ne bougez que quinze jours après pour pouvoir vous en vanter dans la presse. Est-il si compliqué d'inscrire ce dossier à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle et d'essayer de régler ce problème en face à face avec vos collègues? Ne serait-il pas possible d'imaginer une disposition temporaire le temps de développer des CRA supplémentaires? Des solutions simples, logiques, qui partent de la réalité des familles, des enfants, et d'abord pour leur santé.

met u te bespreken en het begint me op de zenuwen te werken. Al vier jaar past u de wet niet toe en dit is niet het enige dossier waarin u zich zo opstelt. En dat alles ten koste van kinderen.

Is het zo moeilijk om dat dossier op de agenda van de interministeriële conferentie te zetten om dit probleem samen met uw collega's op te lossen? Kan er niet gedacht worden aan een tijdelijke bepaling, zodat men de tijd heeft om oplossingen te ontwikkelen die uitgaan van de realiteit van gezinnen, voor de gezondheid van de kinderen?

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

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

02.10 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Een interministeriële conferentie maakt het mogelijk om het eens te worden over een kwestie. In bepaalde gebieden die verstoken zijn van een centrum voor ambulante revalidatie moeten de ouders dus 30 euro per sessie betalen bij de logopedist. Zij kunnen zich dat niet veroorloven, maar het is de enige oplossing die zij hebben.

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

02.11 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het gewest moet zijn verantwoordelijkheid ter zake dan maar nemen!

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

02.12 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Samen met de federale overheid, om voorlopige oplossingen te vinden!

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

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

02.13 Minister **Frank Vandenbroucke**: De gewestministers van Ecolo moeten hun verantwoordelijkheid maar nemen!

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

02.14 **Catherine Fonck** (Les Engagés): (…)

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

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

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

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

02.16 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Dit dossier toont aan dat u wilt gezien worden als een minister die alles wil regionaliseren in plaats van aan de patiënten te denken.

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

02.17 Minister **Frank Vandenbroucke**: Neen.

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

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

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

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

03 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les modifications de remboursement du dosage de l'urée" (55035795C)
03 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De wijzigingen in de terugbetaling voor de dosering van ureum" (55035795C)

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

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

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

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

03.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Op 28 maart heb ik u een vraag gesteld over de wijzigingen in de terugbetaling voor de dosering van ureum. Aangezien uw diensten u een ontwerpantwoord bezorgd hadden dat u niet toereikend vond, zei u toen dat u mij een schriftelijk antwoord zou bezorgen, wat ook gebeurd is.

Daarin preciseerde u dat die maatregel genomen werd op initiatief van de Technisch-medische raad en dat er nefrologen geraadpleegd werden voor de uitwerking van die maatregel. De nefrologenvereniging GNFB heeft mij laten weten dat ze niet geraadpleegd werd. Welke nefrologen hebben advies verstrekt? Wanneer? Kunt u me een kopie van dat advies bezorgen?

Het desbetreffende koninklijk besluit strekt ertoe een formule voor de glomerulaire filtratiesnelheid (schatting van de nierfunctie) vast te leggen zonder er een definitie van te geven. Kunt u in dit verband aangeven naar welke klaringsformule u verwijst? Geen enkele van de drie bestaande formules werd wetenschappelijk gevalideerd voor patiënten van ouder dan 70 jaar.

Op welke evidencebased gegevens baseert u zich ter zake?

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

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

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Op 28 juli 2020 heeft de Technisch-medische raad (TMR) zich gebogen over de wijziging in de terugbetaling voor de dosering van ureum. Op 7 december 2020 lag de kwestie op tafel in de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ). Op 6 januari 2021 heeft de Commissie voor begrotingscontrole een positief advies uitgebracht. Daarom heeft het Verzekeringscomité besloten dit voorstel tot wijziging van de nomenclatuur van de medische verstrekkingen aan mij te bezorgen. Alle notulen zijn beschikbaar.

Het RIZIV heeft geen nefrologen uitgenodigd op de vergaderingen van de TMR. Bij de bespreking van de voorstellen nemen de leden contact op met hun achterban en zij hebben aangegeven dat ze contact hebben opgenomen met nefrologen. Het RIZIV beschikt niet over de namen van de betrokkenen en acht het niet aangewezen de leden te ondervragen gezien de juridische procedure die aan de gang is.

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

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

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

03.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Dat is al te gemakkelijk. Er werd met nefrologen gesproken, alsof ze in groten getale hun mening hebben gegeven! Uw besluitvormingsproces in dit dossier blijft onduidelijk. Natuurlijk wilt u besparen en beknibbelt u waar u kunt.

Hoe hebt u dit besluit opgesteld als er geen formules voor het berekenen van klaring goedgekeurd werden voor oudere patiënten? De verhouding tussen ureum en creatinine is een belangrijke ratio in de nefrologie, zeker bij oudere patiënten, onder meer voor het opsporen van uitdroging die kan leiden tot nierfalen.

Deze maatregel kan een laattijdige diagnose en niet optimaal behandeld nierfalen in de hand werken en extra kosten teweegbrengen en slaat mij dan ook met verstomming.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

04 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'adoption et la mise en oeuvre d'un nouveau plan cancer" (55035796C)
04 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De goedkeuring en de uitvoering van een nieuw kankerplan" (55035796C)

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

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

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

Monsieur le ministre,
Où en est la rédaction de ce nouveau plan cancer?
Où en sont les concertations avec les acteurs de terrain sur les prioritaires à mettre en œuvre en matière de lutte contre le cancer, de dépistage, d'accompagnement et de soins pour les patients souffrant du cancer?
Quelles mesures comptez-vous encore adopter durant cette législature pour lutter contre le cancer et en faveur des patients atteints d'un cancer?

04.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *In uw algemene beleidsnota sprak u van "betere zorg en levenskwaliteit voor mensen met kanker" en kondigde u verschillende maatregelen aan, waarvan er een aantal zijn aangenomen.*

In de Belgische Kankerbarometer 2021 adviseert de Stichting tegen Kanker de organisatie van een interdisciplinair overleg met alle actoren binnen en buiten de ziekenhuizen, om zo snel mogelijk een nieuw Nationaal Kankerplan op te stellen. Het voegt ook de prioriteiten toe op dat vlak.

In november zei u dat de voornaamste pijlers van dat plan zorg, kwaliteit, toegankelijkheid en kennisontwikkeling zijn, met specifieke aandacht voor kinderen en jongeren door de inzet van psychosociale ondersteuningsteams. Daarnaast hebt u de spiegelgroep van het Europese kankerbehandelingsplan toevertrouwd aan het Kankercentrum van Sciensano.

Hoever staat men met het opstellen van dat plan? Hoe staat het met het overleg met de actoren in het veld over de prioriteiten inzake kankerbestrijding, alsook over de screening en begeleiding van en de zorg voor kankerpatiënten? Welke maatregelen zult u in dat verband nemen?

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

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijn beleidscel heeft maatregelen ontwikkeld voor de kankerstrategie, met name op basis van de barometer 2022 van de Stichting tegen Kanker, waarin er op lacunes gewezen werd en aanbevelingen gedaan werden. De pijlers van de strategie zijn kwaliteit

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

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

En ce qui concerne la qualité des soins dans les cliniques du sein, à la suite des résultats de l'étude du KCE, j'ai décidé de limiter le remboursement de la consultation oncologique multidisciplinaire et de la chirurgie aux cliniques du sein agréées, avec toute la problématique de la transition, dont nous avons débattu en séance plénière de la Chambre.

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

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

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

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

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

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

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

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

van de zorg, toegankelijkheid en kennisontwikkeling, met een focus op kinderen en jongeren. Om de kwaliteit van de zorg te verbeteren is het nodig de behandeling van zeldzame en complexe vormen van kanker te bundelen. De terugbetaling van de multidisciplinaire oncologische consultatie en de chirurgie zal tot de erkende borstklinieken beperkt worden. Specifieke zorgteams zullen zich op de jonge kankerpatiënten richten, met psychosociale ondersteuning. HPV-tests worden de primaire screeningtest voor baarmoederhalskanker bij 30- tot 65-jarigen. Het forfait voor de hoofdhuid-, hand- en voetkoeling voor patiënten die met chemotherapie behandeld worden, werd al ingevoerd.

Het RIZIV heeft een hervorming van de terugbetalingsprocedures voor de geneesmiddelen voorgesteld, met name een vroegtijdige en snelle toegang tot veelbelovende nieuwe specialiteiten. We zetten ons ook in voor de ontwikkeling van klinischepraktijkrichtlijnen met aandacht voor de psychosociale aspecten en voor postkanker- en palliatieve zorg. Daarnaast heb ik gevraagd om voor kinderen, adolescenten en jongvolwassenen met kanker richtsnoeren voor kwalitatieve zorg methodologisch vast te stellen en regelmatig te herzien.

De Europese Commissie heeft in 2021 twee grote initiatieven gelanceerd: European Beating Cancer Plan en Mission on Cancer.

Ze kunnen helpen om de oncologische zorg in België te verbeteren. Daarom heb ik bij Sciensano de Belgian 'Europe’s Beating Cancer Plan' Mirror Group opgericht. Dat platform van experts, waarin meer dan 400 vertegenwoordigers van federale of gewestelijke gezondheidsagentschappen, universiteiten, beroepsverenigingen, patiëntenverenigingen en de industrie verenigd zijn, is gericht op de uitwisseling van kennis en informatie over de behoeften en opportuniteiten in samenhang met de initiatieven van de Europese Commissie.

leurs résultats dans notre politique de lutte contre le cancer.

België werkt mee aan een tiental beleidsondersteunende projecten. We zullen die initiatieven de komende jaren op de voet blijven volgen en de resultaten ervan blijven meenemen in ons beleid.

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

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

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

04.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): In november hebt u hier voor het laatst in de Kamer over gesproken en sindsdien is er geen concrete vooruitgang geboekt. Het einde van de legislatuur komt in zicht, er moet actie ondernomen worden, temeer daar het aantal kankergevallen explosief zal stijgen. De website met betrekking tot de studie van het Kankercentrum bestaat nog altijd niet!

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

05 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'étude sur le statut BIM réalisée par la Mutualité chrétienne" (55035798C)
05 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De CM-studie over het RVT-statuut" (55035798C)

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

L'un des enjeux essentiels autour du statut BIM est la lutte contre le «

05.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *In haar studie stelt de CM vast dat het percentage begunstigden van de verhoogde tegemoetkoming (VT) ten opzichte van de totale Belgische bevolking gestegen is van 13,2 % in 2002 tot 18,9 % in 2021. Ze verklaart die toename door de evolutie van de wetgeving, de invoering van automatische administratieve processen en het almaar groter worden van bepaalde populaties die het risico lopen rechthebbende op de VT te worden. Ze stelt bovendien vast dat de begunstigden van de VT steeds jonger worden.*

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

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

Je vous remercie pour votre réponse.

Een van de belangrijkste uitdagingen is de strijd tegen non-take-up. Uit de studie blijkt dat de beste strategie erin bestaat ervoor te zorgen dat de in aanmerking komende personen geen complexe formaliteiten moeten afhandelen. De verzekeringsinstellingen stellen daarom voor het recht op het VT-statuut automatisch te openen voor gezinnen met een overmatige schuldenlast, alleenstaanden of eenoudergezinnen waarin de ouder arbeidsongeschikt, werkloos, invalide of gepensioneerd is. Om dat mogelijk te maken moeten de ziekenfondsen ertoe gemachtigd worden om toegang tot de databanken te hebben.

Wat denkt u van die voorstellen?

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

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

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

05.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Na een eerste fase waarin de verhoogde tegemoetkoming voor kwetsbare doelgroepen werd geoptimaliseerd, werd er eind 2022 bij het RIZIV een werkgroep opgericht, waarin ook de ziekenfondsen en de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid zijn vertegenwoordigd. Die werkgroep onderzoekt hoe het recht op de verhoogde tegemoetkoming automatisch toegekend kan worden. Daarbij wordt gekeken naar de doelgroepen en wordt nagegaan of de ziekenfondsen inkomens kunnen controleren zonder tussenkomst van de verzekerden. Zo zouden de ziekenfondsen het recht op een verhoogde tegemoetkoming automatisch kunnen toepassen. Op dit moment hebben de ziekenfondsen immers geen toegang tot alle noodzakelijke inkomensgegevens om dat recht te kunnen toekennen. Voor ziekenfondsen is het verkrijgen van die inlichtingen problematisch.

De werkgroep gaat na aan welke doelgroepen het recht automatisch toegekend zou kunnen worden zonder het risico dat andere mogelijke begunstigden gediscrimineerd worden. Sommige inkomsten, zoals inkomsten uit het buitenland of onroerende inkomsten, kunnen immers niet achterhaald worden met

de beschikbare gegevensbanken en daardoor is er nog steeds een risico dat het recht ten onrechte wordt toegekend. De wijzigingen in de regelgeving en de technische aanpassingen zullen snel doorgevoerd worden.

05.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, j'entends bien que pour un certain nombre de données, il y a un manque de disponibilité qui conduirait à des décisions qui ne sont pas justes par rapport à d'autres personnes. Dans le même temps, la réalité du *non take up* reste un problème plein et entier.

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

Pensez-vous que cela pourra être possible en 2023?

05.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Denkt u dat de geboekte vooruitgang in 2023 concreet gestalte zal krijgen?

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

05.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Die administratieve werkzaamheden kunnen tijd in beslag nemen. Ik beschik nog niet over een tijdpad.

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

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La revue de médication par les pharmaciens" (55035799C)
06 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het medicatienazicht door de apotheker" (55035799C)

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

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

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

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

06.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Sinds 1 april kunnen patiënten die vijf of meer geneesmiddelen gebruiken een medicatienazicht door hun referentieapotheker krijgen, om mogelijke problemen in verband met polymedicatie op te sporen.

Over welke geneesmiddelen gaat het? Hoe zal het overleg met de artsen en apothekers verlopen? Hoewel dit door het Verzekeringscomité werd goedgekeurd, werd het niet gevalideerd op het medisch-farmaceutische overleg of door de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen (NCAZ).

Hoe zal een en ander in de praktijk in zijn werk gaan? Het is zaak om een klimaat van vertrouwen te behouden tussen artsen en apothe-

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

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

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

Pourriez-vous clarifier les choses à cet égard? Je crains de voir naître des problèmes sur le terrain, certains aspects n'ayant pas été réglés, validés et adoptés en concertation en amont entre les médecins et les pharmaciens. Je vous remercie.

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

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

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

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

- l'initiation du service et l'invitation;
- la préparation de l'entretien;
- la communication envers le médecin;

kers, en tussen apothekers en patiënten. Als patiënten onder druk gezet worden om de behandeling met een bepaald geneesmiddel stop te zetten, zal de therapietrouw daaronder lijden. Kunt u hierover duidelijkheid verschaffen?

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De doelgroep zijn thuiswonende patiënten die meerdere geneesmiddelen moeten nemen. Dit is ruimer dan benzodiazepinen.

Wat het overleg betreft, was dit voorstel in de begroting 2022 opgenomen. We hebben het dus meermaals besproken. Vervolgens werd er de gebruikelijke overlegprocedure van het RIZIV gevolgd. Het voorstel werd door de Overeenkomstencommissie apothekers-verzekeringsinstellingen, de Commissie voor begrotingscontrole, het Comité van de verzekering voor geneeskundige verzorging en de Algemene Raad goedgekeurd.

De voorschrijvende artsen werden bij de voorbereidende werkzaamheden betrokken.

Volgens het avenant bij de overeenkomst bestaat elke medicatiereview uit negen elementen: initiatie van het programma en uitnodiging, voorbereiding van het gesprek, communicatie met de arts, farmacotherapeutische anamnese, analyse en opstelling van het actieplan, delen van het actieplan met de behandelende artsen, bespreking van het actieplan met de patient, tevredenheid van de patiënt, wijziging van het medicatieschema.

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

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

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

Die elementen maken deel uit van het medicatienazicht.

In de bijlagen bij de overeenkomst wordt de communicatie tussen de apotheker en de behandelende arts beschreven.

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

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

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

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

06.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Als de apotheker de patiënt informeert over de mogelijkheid om bepaalde medicatie stop te zetten, terwijl de arts dat niet bevestigd heeft, komen we in een problematische situatie terecht. Het vertrouwen tussen arts en apotheker wordt dan ondermijnd, maar ook het vertrouwen tussen patiënt en zorgverlener.

U werkt alleen met de behandelende artsen samen. Voor sommige patiënten is het eerste aanspreekpunt een specialist. Medicatie stopzetten of een andere dosering innemen kan een plotse en ernstige decompensatie veroorzaken.

Dit project kan veelbelovend zijn, maar de arts en de apotheker moeten het eerst met elkaar eens zijn voordat er met de patiënt wordt gecommuniceerd. Ik hoop dat het proces herzien wordt.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

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

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

07 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur

"L'accessibilité des soins radiologiques" (55035807C)
07 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De toegankelijkheid van radiologische onderzoeken" (55035807C)

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

Monsieur le Ministre, mes questions sont les suivantes:
Quelles sont les concertations en cours sur le coût des soins radiologiques ainsi que du nombre d'examens prescrits et réalisés? La responsabilisation de la prescription est-elle prise en compt? La gestion difficile du refus d'examens par les radiologues aux médecins prescripteurs également? Ainsi que les examens radiologiques prescrits et réalisés par les cliniciens, parfois en sus suivie d'une nouvelle demande adressée aux radiologues?
Ces questions ont-elles également fait l'objet d'une concertation avec les médecins non radiologues qui prescrivent (et parfois réalisent ou répètent) ces examens?
Allez-vous mettre en œuvre les recommandations émises de longue date par la société belge de radiologie notamment en ce qui concerne le développement de l'aide à la décision pour le médecin prescripteur, le développement d'un système d'archivage d'images qui permet de visualiser les images radiologiques partout, quel que soit le lieu où elles ont été prises initialement pour éviter les examens répétés inutilement, la responsabilisation des centres qui se livreraient à une surconsommation d'actes,…?

07.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *De Belgische Vereniging voor Radiologie (Belgian Society of Radiology - BSR) hekelt uw negatieve uitlatingen over radiologen waarbij u aangaf dat zij overbetaald worden en onnodige, dure en voor de patiënten gevaarlijke onderzoeken laten uitvoeren. De BSR nuanceert uw opmerkingen, onder meer door eraan te herinneren dat scans voornamelijk op verzoek van een arts worden uitgevoerd. Bovendien ontwikkelt de BSR doeltreffende radiologische zorg, onder meer in het kader van de nomenclatuurhervorming.*

Welk overleg loopt er over de kosten van radiologische zorg en het aantal voorgeschreven onderzoeken? Gaat er ook aandacht uit naar de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende artsen en naar wat er moet gebeuren wanneer een radioloog een onderzoek weigert uit te voeren dat een andere arts heeft voorgeschreven? Soms worden de voorgeschreven radiologische onderzoeken uitgevoerd door andere clinici en richt men zich vervolgens alsnog tot de radiologen. Hoe moet daarmee omgegaan worden?

Werden de artsen die radiologische onderzoeken voorschrijven, maar zelf geen radioloog zijn, geraadpleegd? Zult u de aanbevelingen van de Belgische Vereniging voor Radiologie ten uitvoer leggen? Ik denk daarbij aan de aanbevelingen betreffende de ontwikkeling van een systeem om de voorschrijvende artsen te helpen beslissen en van een systeem om radiologische beelden te archiveren zodat ze overal geraadpleegd kunnen worden, alsook aan de aanbeveling om centra die te veel medische handelingen uitvoeren, te responsabiliseren?

07.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Madame Fonck, dans le cadre de la réforme du financement hospitalier et de la réforme de la nomenclature, différentes analyses sont effectivement en cours. Elles

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het KCE of universitaire

sont effectuées par le KCE ou par des équipes universitaires. Le coût des soins radiologiques en fait partie.

Dans cet exercice, la responsabilisation de la prescription est bien prise en compte. En effet, l'INAMI est pleinement occupé à mettre en place un système d'aide à la prescription. Le lundi 17 avril, suite à la publication d'un cahier des charges en début d'année, le Comité général de gestion de l'INAMI a donné son feu vert à l'ouverture d'un dialogue avec un opérateur européen capable de fournir des recommandations de bonne pratique et de négocier avec lui une convention.

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

Voorzitter: Gitta Vanpeborgh.
Président: Gitta Vanpeborgh.

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

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

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

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

teams voeren verschillende analyses uit in het kader van de hervorming van de ziekenhuisfinanciering en de nomenclatuur. Die analyses hebben onder meer betrekking op de kosten van de radiologische zorg.

Daarbij wordt er rekening gehouden met een verantwoord voorschrijfgedrag. Het RIZIV is immers een systeem aan het opzetten dat artsen moet helpen bij het voorschrijven. Op 17 april heeft het algemeen beheerscomité van het RIZIV zijn fiat gegeven om in gesprek te gaan met een Europese operator die aanbevelingen voor goede praktijken kan formuleren en over een overeenkomst kan onderhandelen.

Medische beelden kunnen gedeeld worden via PACSonWEB, en de FOD Volksgezondheid bekijkt hoe daar metadata aan toegevoegd kunnen worden om het platform gebruiksvriendelijker te maken. Dankzij het door het RIZIV ontwikkelde elektronisch voorschrift zullen radiologen gebruik kunnen maken van hun recht om voorgeschreven onderzoeken te vervangen. Die gesprekken vinden plaats in overleg met de ziekenhuisfederaties, de verzekeringsinstellingen en de artsensyndicaten. De formele beslissingen worden bekrachtigd door instanties zoals de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen.

07.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): In de pers laat u zich vaak denigrerend uit over de radiologen. De laatste keer dat dat gebeurde, ging het over het ereloonsupplement. U hekelde de situatie in heel België, terwijl er in bijna alle ziekenhuizen in Vlaanderen supplementen aangerekend worden voor radiologische onderzoeken en dat in het Franstalige landsgedeelte maar zelden gebeurt. Hoed u voor zulke veralgemeningen!

Bovendien vragen de radiologen al sinds 2015 om ondersteuning te bieden bij het voorschrijven van radiologische onderzoeken! Wan-

largement décalé dans le temps puisque la disponibilité de la résonance n'est pas la même.

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

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

neer een patiënt met een inadequaat voorschrift voor een scan komt en er geen scan uitgevoerd wordt, is hij woedend en gaat hij naar een andere dienst. Soms is er ook sprake van een conflict tussen de behandelend arts en de radioloog. Als de radioloog probeert te switchen naar een MRI, wordt de afspraak uitgesteld, omdat men niet zo snel terechtkan voor een MRI-scan.

Ik stel voor dat u samen met de sector opteert voor een positieve aanpak door werk te maken van de ondersteuning bij het voorschrijven en te proberen een positief partnerschap tot stand te brengen voor de patiënt. Daar zullen de patiënten en de sociale zekerheid bij gebaat zijn. Er zal ook moeten worden samengewerkt tussen de behandelend artsen en de clinici om te voorkomen dat er voorschriften verstrekt worden die soms inadequaat zijn.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

08 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le new deal pour les médecins généralistes" (55035812C)
08 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De new deal voor de huisartsen" (55035812C)

08.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Madame la présidente, monsieur le ministre, le 17 juin 2022, vous annonciez par voie de communiqué, votre volonté de mettre en œuvre un "New Deal pour les médecins généralistes"». Vous aviez précisé concentrer votre action sur cinq axes: "1. Veiller à un nombre suffisant et à une bonne répartition des (cabinets de) médecins généralistes; 2. Réduire les formalités administratives inutiles; 3. Améliorer l'accessibilité pour les patients; 4. Mettre l'accent sur un bon modèle organisationnel qui permet au (cabinet de) médecin généraliste de prendre en charge davantage de personnes. Une organisation avec une délégation de tâches et un soutien, y compris pour les soins non planifiables en dehors des heures de travail classiques; 5. Élaborer un modèle de financement équilibré permettant de mieux prendre en compte la disponibilité, la coopération intradisciplinaire et interdisciplinaire, la continuité des soins, la qualité, la prévention et l'autonomisation."*

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

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

Sur le site de l'INAMI, on peut lire que "Sur base des conclusions et du cadre proposé par le groupe de réflexion « New Deal », la Commission

08.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *In juni 2022 kondigde u aan dat u een New Deal voor de huisarts(praktijk) wilde opzetten, met als rode draad een voldoende aantal huisartsen en een goede spreiding van de huisarts(praktijk)en, een vermindering van de administratieve rompslomp, een betere toegankelijkheid voor de patiënten, een goed organisatiemodel waarmee de huisarts voor meer mensen zorg kan dragen, en een evenwichtig financieringsmodel. U hoopte dat de reflectiegroep tegen eind april 2023 een voorstel zou formuleren.*

In maart 2023 werd het eindverslag gepubliceerd. Op de site van het RIZIV staat te lezen dat de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen op basis van de conclu-

nationale médico-mutualiste affinera et concrétisera dans les mois à venir un nouveau modèle de financement équilibré. Après sa mise en œuvre, en tant que médecin généraliste, vous pourrez adhérer à ce nouveau modèle si vous le souhaitez."

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

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

sies en het voorstel van de reflectiegroep het nieuwe evenwichtige financieringsmodel in de komende maanden verder zal verfijnen en concreet zal uitwerken. Na implementatie zullen artsen vrijwillig kunnen instappen in dit nieuwe model.

Op welke manier zal er gevolg gegeven worden aan de vragen en opmerkingen van de huisartsen over het eindverslag van de reflectiegroep? Wat is het tijdpad voor de hervorming?

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

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

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

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

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De werkgroep bespreekt de reacties op het eindverslag, giet het voorstel in een overeenkomst, in functie van de technische en operationele haalbaarheid en het budget, en in overeenstemming met andere projecten en hervormingen.

Het tijdpad is als volgt: eerste vergadering op 29 maart, tweede op 26 april en derde eind mei. Het doel is om uiterlijk op 26 juni 2023 een overeenkomst aan de Commissie artsen-ziekenfondsen en het Verzekeringscomité voor te leggen en het project in het eerste kwartaal van 2024 te lanceren.

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

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

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

Troisièmement, je crois qu'il ne faut pas perdre de vue l'essentiel, à savoir investir dans la formation de nos médecins mais également des infirmiers et autres soignants pour en avoir suffisamment. C'est l'urgence absolue! En effet, la fameuse cascade que vous proposez toujours et qui consiste à renvoyer des médecins vers les infirmiers et des infirmiers vers d'autres en substituant tout cela en cascade, je pense

08.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Tijdens de testfase, maar ook daarna, moet de veelheid aan medische handelingen gerespecteerd worden. Naar verluidt zou de praktijkassistent niet gefinancierd worden door de federale overheid: enige opheldering zou hier welkom zijn.

We moeten vooral in de opleiding van onze artsen, verpleegkundigen en ander zorgpersoneel investeren. De nood is zeer hoog. De beruchte cascade waarbij artsen taken delegeren aan verpleegkundigen en verpleegkundigen aan andere zorgverleners is een illusie, aangezien er een tekort aan verpleegkundigen is. Er zullen ook voldoende RIZIV-nummers moeten

que c'est une forme d'illusion à court terme vu que les infirmiers sont en pleine pénurie. Comme vous le savez, et je continuerai à le marteler, il faudra aussi avoir suffisamment de numéros INAMI pour permettre une formation avec suffisamment de médecins généralistes, compte tenu de la pénurie.

zijn om voldoende huisartsen te hebben.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

09 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het uitstel van de professionele stage voor klinisch psychologen" (55036116C)
09 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le report du stage professionnel pour les psychologues cliniciens" (55036116C)

09.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *Op 22 mei 2019 werd het KB tot vaststelling van de criteria voor de erkenning van klinisch psychologen, alsmede van stagemeesters en stagediensten gepubliceerd. Hiermee wordt een professionele stage geregeld van minstens 1680 uren die een klinisch psycholoog dient te doorlopen na het behalen van zijn master diploma klinische psychologie en klinische orthopedagogie. Het besluit treedt in werking op 1 januari 2020. Echter, tot op de dag van vandaag is er voor de studenten heel veel onduidelijkheid over de modaliteiten van de stage en de bezoldiging. Bij gebrek aan stagemeesters kan men tot op de dag van vandaag geen stage organiseren.*
Wat is de oorzaak van het gebrek aan stagemeesters?
De minister stelt dat er in overleg met het veld opnieuw een uitstel komt van de professionele stage. Wie is precies 'het veld'?
Welke zijn de erkende beroepsverenigingen van psychologen, en welke werden betrokken in de discussies omtrent de professionele stage en stagemeesters? Welke beroepsverenigingen werden niet betrokken en waarom niet?
Hoe zal de financiering van de stagiair/stagemeester/instituten verlopen? Maakt de minister hiervoor middelen vrij?
Hoeveel stagemeesters wil de minister vinden tegen volgend jaar en hoe zal hij dat doen? Graag een overzicht van het aantal per gemeenschap.

09.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *Il y a trop peu de maîtres de stage pour superviser les stages des étudiants en psychologie clinique.*

Comment cela se fait-il? Le ministre a annoncé le report du stage professionnel après avoir consulté le secteur. Qui a participé à cette concertation? Comment le financement des stages sera-t-il assuré? Comment le ministre va-t-il assurer un nombre suffisant de maîtres de stage?

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

09.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je renvoie au débat que nous avons mené au sujet du projet de loi en question.

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

09.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Nous n'avons mené absolument aucun débat. Le ministre a fait un exposé. Je n'ai pas eu l'occasion de poser un certain nombre de questions.

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

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

09.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: En raison du nombre insuffisant de maîtres de stage, j'ai décidé de reporter d'un an l'année de stage obligatoire. Cette décision a fait l'objet d'une concertation avec les organisations professionnelles, les universités, l'administration et le Conseil fédéral des professions des soins de santé mentale. J'ai

de administratie.

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

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

sollicité l'avis de ce dernier organisme afin d'assouplir les critères prévus par l'arrêté royal et de répertorier les obstacles à la reconnaissance des maîtres de stage. J'espère recevoir cet avis dans les semaines à venir. Nous examinerons, notamment à l'aide de cet avis, la manière dont nous pourrons organiser le stage en 2024.

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

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

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

09.05 **Dominiek Sneppe** (VB): La plus grande organisation professionnelle dit n'avoir jamais été contactée ou consultée. Le fait que de tels stages soient imposés en dépit du nombre insuffisant de maîtres de stage ne témoigne pas d'une bonne gouvernance. Pourquoi n'a-t-on pas réalisé d'abord une étude d'incidence?

Je déposerai à nouveau mes questions qui sont demeurées sans réponse.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

10 Question de Olivier Vajda à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La colère des postes médicaux de garde" (55036162C)
10 Vraag van Olivier Vajda aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De woede bij de huisartsenwachtposten" (55036162C)

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

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

10.01 **Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Volgens enkele omzendbrieven van de FOD Volksgezondheid vallen nachtelijke noodoproepen, die vroeger door de centrale 1733 behandeld werden, voortaan onder de verantwoordelijkheid van de huisartsenwachtposten, waardoor de artsen daarmee lastiggevallen worden. Bovendien moeten de wachtposten 's avonds en 's

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

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

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

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

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

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

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

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

Au niveau d'urgence 7 du manuel, un médecin généraliste doit être consulté dans un délai de douze heures, mais toujours dans le respect

nachts voortaan twee artsen inzetten: één op de wachtpost, de andere voor de huisbezoeken.

De Belgische Vereniging van Artsensyndicaten (BVAS) heeft, net als vele huisartsenkringen, zijn ongenoegen over de situatie kenbaar gemaakt. Door die omzendbrieven rijst het budget voor de huisartsenwachtposten de pan uit en wordt het beroep van huisarts nog zwaarder, terwijl er nu al sprake is van een huisartsentekort.

Welke jonge arts wil zich in deze omstandigheden nog in een landelijk gebied vestigen? Op welke basis stoelt de beslissing om het aantal artsen van wacht te verdubbelen? Hoe werd er daarbij rekening gehouden met de zones waar er een tekort aan artsen is? Wat moet er in die – vaak landelijke – gebieden gebeuren als er onvoldoende artsen zijn om de wachtdienst te verzekeren? Dreigen sommige wachtposten te verdwijnen?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het aantal huisartsen van wacht verdubbelen staat nergens in de richtsnoeren over het 1733-nummer. Het is niet vereist dat er één arts in de wachtpost aanwezig is en dat een andere arts huisbezoeken aflegt.

Aangezien iets dergelijks niet beslist werd, werd er daarbij ook geen rekening gehouden met zones waar er een huisartsentekort is. Bij het bijwerken van de handleiding werd er wel rekening gehouden met het feit dat bepaalde zones kampen met een huisartsentekort. Bij ernstniveau 6 moet er binnen twee uur een huisarts geraadpleegd worden. Pathologieën die onder dat niveau vallen laten een dergelijke termijn toe.

Bij ernstniveau 7 moet er binnen een termijn van twaalf uur een huisarts geraadpleegd worden, met inachtneming van de uurregeling van de wachtdienst. Dat punt ligt opnieuw op tafel om na te gaan of een uitstel van de zorgverlening tot de normale raadplegingsuren

des plages horaires du service de garde. Ce dernier élément est aujourd'hui remis sur la table du groupe de concertation autour du manuel, afin de déterminer si un report de soins vers les horaires de consultation normaux ne pourrait pas être envisagé si la période de garde se termine dans un délai inférieur à douze heures.

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

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

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

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

zou kunnen worden overwogen als de wachtdienst afloopt voordat de termijn van twaalf uren verstreken is.

Voor de periode van 23 uur tot 8 uur wordt er gevraagd dat naburige wachtposten samenwerken. Vaak is een huisbezoek aangewezen. Gelet op de werklast en het huisartsentekort moeten onnodige wachtdiensten voor huisartsen tijdens de diepe nacht vermeden worden.

De overheidsmiddelen moeten op een verantwoorde manier worden besteed.

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

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

10.03 **Olivier Vajda** (Ecolo-Groen): Ik ben blij met de aanpassing van de teksten. De huisartsenwachtposten betekenden een vooruitgang op het stuk van de eerstelijnsgeneeskunde, met name in de landelijke gebieden.

Het 1733-nummer blijft een onontbeerlijk element van de werking van de huisartsenwachtposten, vooral 's nachts. De nachtelijke werklast van de artsen mag niet nodeloos verzwaard worden. De werking van het 1733-nummer moet echter worden bestendigd en moet bijdragen tot een verlichting van de werklast.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

11 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De publicatie van een 'kankeratlas'" (55036187C)
11 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La publication d'un "atlas du cancer"" (55036187C)

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

11.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): L'atlas du cancer publié dans la revue *Eos* et élaboré sur la base des chiffres du Registre du Cancer, répertorie le nombre de cancers par zone et les types de cancer plus fréquents à certains endroits

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

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

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

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

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

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

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

qu'à d'autres.

Comment les chiffres du Registre du Cancer sont-ils utilisés pour soutenir la politique? Quelles initiatives similaires à l'atlas du cancer sont en préparation ou déjà publiées de manière plus structurée? Quelles conclusions le ministre tire-t-il de l'émergence de certains cancers à des endroits bien précis? Fera-t-il examiner certains éléments plus en détails?

11.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le Registre du Cancer publie régulièrement sur son site des rapports quant à la nature et à l'étendue des cancers en Belgique. Ces rapports comprennent également des cartes qui reflètent la répartition géographique de l'incidence des cancers. Ils constituent donc une source importante de soutien et de préparation sur le plan stratégique, afin d'évaluer la qualité des soins et de soutenir la recherche scientifique. Par exemple, des données peuvent être utilisées dans des rapports du KCE, pour soutenir des initiatives de l'INAMI ou pour évaluer les programmes de dépistage.

Les causes et les facteurs de risque varient selon le type de cancer. Il n'est dès lors pas facile de déterminer, sur la base de la variation géographique, pourquoi un certain type de cancer est plus répandu dans une région que dans une autre. Cela peut s'expliquer par des différences en ce qui concerne le tabagisme, la consommation d'alcool, les habitudes alimentaires, le statut socioéconomique et l'exposition professionnelle à des produits chimiques ou encore par des différences dans la participation à des programmes de dépistage. Une étude scientifique très approfondie serait nécessaire pour obtenir davantage de clarté à ce sujet.

Ma conclusion provisoire est que la prévention primaire et la sensibilisation en matière de tabac et d'alcool demeurent très importantes, de même que la participation aux

programmes de dépistage.

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

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

11.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Le cancer a un impact considérable sur les patients et leurs familles. En s'appuyant sur une analyse scientifique approfondie des données du Registre du Cancer et en promouvant la prévention, le gouvernement peut réduire le nombre de cancers et améliorer l'accompagnement et le traitement des patients. J'invite donc le ministre à élaborer un plan national de lutte contre le cancer au cours de la dernière année de cette législature.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

12 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De zeer lange wachttijden voor de behandeling van anorexia" (55036188C)
12 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les délais d'attente extrêmement longs pour la prise en charge de l'anorexie" (55036188C)

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

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

12.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Le nombre de patients anorexiques pris en charge dans le cadre des soins de santé mentale est en augmentation. En dépit des efforts du ministre, les listes d'attente restent longues pour bénéficier d'une prise en charge.

Comment le ministre évalue-t-il l'affectation de moyens supplémentaires et quel message souhaite-t-il adresser aujourd'hui au groupe cible?

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

Om te beginnen wil ik onderstrepen dat we over een gemeenschappelijk kader met de deelstaten beschikken. In september vorig jaar werd op de interministeriële conferentie groen licht gegeven om samen te werken aan een integraal zorgtraject voor eetstoornissen, dat voortbouwt op wat al bestaat in de deelstaten en op het federale niveau. Die

12.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Des initiatives ont effectivement déjà été prises pour lutter contre l'augmentation du nombre de personnes souffrant de troubles de l'alimentation, mais il reste du pain sur la planche. Nous disposons d'un trajet de soins intégral consacré aux troubles de l'alimentation, qui est commun à toutes les

samenwerking is mijns inziens belangrijk. We hebben vervolgens een FOD-RIZIV-werkgroep opgericht met vertegenwoordigers van onze netwerken geestelijke gezondheid voor kinderen en jongeren, de netwerken voor volwassenen, de expertisecentra, de beroepsverenigingen en de ziekenhuiskoepels. Daarbij werken we het idee van het zorgtraject verder uit op het federale niveau, maar in goed overleg met de deelstaten.

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

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

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

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

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

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

Ik kan er misschien aan toevoegen – maar daarvan hoef ik u wellicht niet te overtuigen – dat we ook echt preventief op de eerste lijn moeten inzetten. Gisteren heb ik een hele namiddag besteed in basisschool

entités fédérées. Un groupe de travail SPF-INAMI réunit, par ailleurs, des représentants de nos réseaux de santé mentale pour enfants et adolescents, des réseaux pour adultes, des centres d'expertise, des associations professionnelles et des fédérations hospitalières. Ils poursuivent le développement du trajet de soins à l'échelon fédéral. Le groupe de travail traite quatre modules de travail: les compétences de la première ligne, le rôle des conseils diététiques, la mise sur pied d'équipes ambulatoires multidisciplinaires de soutien ainsi que le traitement de jour et la thérapie multifamiliale intensive. Le premier module de travail est achevé et j'espère que les autres le seront d'ici la fin de l'année. La concertation est un processus chronophage.

Il est en effet embarrassant de devoir dire aux parents d'enfants ayant de graves problèmes que le budget fédéral s'élève à 10 millions d'euros, mais que nous ne sommes pas encore parvenus à finaliser ces plans. Entre-temps, les 16 équipes de liaison hospitalières réalisent un excellent travail, qui sera poursuivi structurellement avec des moyens supplémentaires. Par ailleurs, nous sommes également en train de renforcer l'ensemble du domaine de la psychiatrie infanto-juvénile.

Le renforcement des soins spécialisés ambulatoires est une priorité absolue. Nous devons également nous concentrer sur la prévention dans la première ligne. Nos Réseaux de soins en santé mentale pour enfants et adolescents proposent déjà un programme très intéressant, en coopération avec les CLB et les établissements scolaires flamands.

De Schans in Kontich. Zij hebben een heel mooi programma met kinderen van de lagere school over ondersteuning van emotionele ontwikkeling en veerkracht en kunnen copen met problemen, want zelfs kinderen van het vierde leerjaar worden al gevat door bijvoorbeeld faalangst.

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

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

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

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

In Nederland wordt een diëtistconsultatie voor minderjarigen d'office terugbetaald en de terugbetaalde bedragen liggen veel hoger dan bij ons. Daaraan kunnen we een positieve economische balans koppelen. Dan zien we dat het eigenlijk geld opbrengt, bij wijze van spreken. We moeten op het woordgebruik letten, maar het is alleszins een goede investering. Daarbij denk ik aan de inzet op dieetadvies en op multidisciplinair samenwerken en – u zegt het – aan eerstelijns detectie. Het vroegtijdig ontdekken van de problematiek, daar moeten we absoluut naartoe. We moeten onze kinderen absoluut kunnen verzorgen en kunnen begeleiden.

12.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Les programmes de prévention fonctionnent bien, mais n'oublions pas que les soins ambulatoires pour les patients anorexiques doivent être améliorés. Ce point figurait également dans ma proposition de résolution déposée voici deux ans. La psychiatrie de liaison a pris forme et les admissions de patients pédiatriques souffrant de problèmes de santé mentale font l'objet d'un travail, mais les conseils en matière d'alimentation sont également d'une nécessité absolue. Aux Pays-Bas, une consultation chez le diététicien est toujours remboursée pour les mineurs. Il en résulte d'ailleurs un bilan économique positif.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

13 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitspraak van het Luikse hof van beroep in verband met het CST" (55036189C)
13 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'arrêt de la cour d'appel de Liège concernant le CST" (55036189C)

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

13.01 **Dominiek Sneppe** (VB): Le 19 avril dernier, la cour d'appel de Liège a confirmé que la prolongation du Covid Safe Ticket (CST) en Wallonie en 2022 était injustifiée.

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

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

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

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

Le ministre a-t-il l'intention de revoir son point de vue sur le CST comme "outil utile dans la lutte contre les épidémies" après cet arrêt? Des procédures judiciaires ont-elles été engagées contre l'échelon fédéral en ce qui concerne les mesures de lutte contre le Covid-19? Dans l'affirmative, lesquelles et où en sont-elles? Le ministre supprimera-t-il définitivement le CST après cette décision?

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

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

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

13.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La cour d'appel de Liège a annulé la prolongation de la mesure CST en raison d'une motivation insuffisante de cette prolongation. Cette décision ne porte donc pas sur le fond de l'affaire, contrairement à l'arrêt 68/2023 de la Cour constitutionnelle du 27 avril 2023, qui rejette certains recours introduits contre le CST. L'aperçu de ces procédures judiciaires représente une longue liste, que je propose de fournir par le biais du secrétariat. Le CST n'est plus utilisé en Belgique depuis le 7 mars 2022. La situation épidémiologique a évolué favorablement et la plupart des mesures de lutte contre le Covid-19 ont été levées.

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

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

Het Vlaams Belang is altijd tegen het CST geweest. Wij zien het nog altijd als een van de zwartste bladzijden uit onze recentste geschiedenis. Zeker hier in het vrije Westen, waartoe wij ons land voorlopig toch nog mogen rekenen, is het niet iets wat wij normaal moeten vinden.

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

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

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

13.03 **Dominiek Sneppe** (VB): Je suis curieuse de voir cette longue liste de procédures judiciaires. Le Vlaams Belang s'est toujours opposé au CST. Je doute également du fait qu'il ne s'agisse effectivement pas d'une décision sur le fond. Le ministre ne peut toujours pas admettre qu'il a peut-être fait preuve d'une intransigeance excessive ou qu'il a éventuellement pris les mauvaises mesures. Et il semble que le CST n'est pas encore définitivement passé à la trappe.

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

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

14 Samengevoegde vragen van
- Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bevriezing van de ereloonsupplementen" (55036193C)
- Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De standstill van de ereloonsupplementen in ziekenhuizen" (55036223C)
14 Questions jointes de
- Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le gel des suppléments d'honoraires" (55036193C)
- Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le standstill de l'augmentation des suppléments d'honoraires en milieu hospitalier" (55036223C)

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

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

Daarover volgende vragen:

Heeft u voor uw beurt gesproken?
Bent u van plan tegemoet te komen aan de kritische opmerkingen van het Kartel en Zorgnet-Icuro? Waarom wel/niet?
Hoe staat u tegenover de voorwaarden voor de verlenging van de standstill supplementen zoals voorgesteld door het Kartel, zijnde:
Een transparante, beperkte en tijdelijke toelage om de inflatie te counteren, exclusief voor mensen met een verhoogde tegemoetkoming?
Een regeling om de spread tussen hoge/lage vragers weg te werken, wat vorig jaar al gevraagd werd?
Evaluatie van standstill simultaan met een standstill op de afdrachten?
Transparantie voor patiënten met supplementen in euro's én duidelijkheid waar de supplementen voor bestemd zijn?

14.01 **Dominiek Sneppe** (VB): *Dans un communiqué de presse du 20 avril 2023, le ministre fait savoir que le gel des suppléments facturés aux patients serait certainement maintenu jusqu'à la fin 2023. Selon le Cartel et Zorg-Icuro, le ministre a parlé trop vite étant donné que des questions se posent encore quant à l'harmonisation des différences régionales de pourcentages maximums et à l'absence d'évaluation des éventuelles augmentations des rétrocessions sur les honoraires.*

Le ministre s'est-il en effet exprimé de façon prématurée? Qu'en est-il de ces critiques?

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

Is er ondertussen al meer duidelijkheid over de reden voor de hogere ereloonsupplementen in sommige ziekenhuizen, waarbij er toch ook

14.02 **Frieda Gijbels** (N-VA): Le ministre a annoncé que le gel des suppléments d'honoraires se poursuivrait jusqu'à la fin de l'année 2023.

En savons-nous déjà plus sur les raisons pour lesquelles certains hôpitaux ont des suppléments plus élevés, avec un écart communau-

een duidelijk communautair verschil waarneembaar is? Wordt het ziekenhuisbeleid ook geëvalueerd? Zo ja, wat zijn de conclusies?

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

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

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

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

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

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

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

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

14.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Mijnheer de minister, het is natuurlijk

taire clairement identifié? La politique des hôpitaux est-elle également évaluée? A-t-on une idée du niveau des rétrocessions et des différences? Le ministre peut-il fournir des explications? Comment et quand ces différences seront-elles éliminées? Que pense le ministre de la proposition de déterminer les suppléments non pas sur la base d'un pourcentage, mais nominativement, et d'en informer également le patient? Que pense le secteur de la prolongation du gel de suppléments?

14.03 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le gel des tarifs maximums pour les suppléments d'honoraires fixés par hôpital a été convenu avec le secteur hospitalier juste avant le 1er mai. Les écarts par rapport à l'accord sur le gel des suppléments ou à l'accord visant à lier ce dernier à un gel des rétrocessions sur les honoraires seront analysés. Nous devons mieux comprendre le mécanisme de ces suppléments d'honoraires et, pour ce faire, nous devons tenir compte non seulement des pourcentages maximums, mais aussi des suppléments réellement facturés, en ambulatoire et à l'hôpital.

Il n'est pas aisé d'expliquer les différences entre les hôpitaux. Il peut également s'agir d'une question de mentalité ou de culture. En tout état de cause, je demanderai aux hôpitaux qu'ils garantissent que leur imagerie médicale lourde soit utilisée selon des horaires normaux et n'implique pas de suppléments. Je veux également poursuivre la concertation sur la limitation des suppléments dans les soins ambulatoires pour les patients bénéficiant d'une intervention majorée.

14.04 **Dominiek Sneppe** (VB): Le gel des suppléments d'honoraires

een stap vooruit dat u bekomen hebt dat die ereloonsupplementen bevroren worden. U haalde het even aan, die grote verschillen zijn inderdaad merkwaardig. Ik hoor u graag zeggen dat het misschien eerder een verschil is in cultuur dan in noodzaak.

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

Dit past uiteraard in uw grote hervorming van de ziekenhuisfinanciering. Het is natuurlijk nog steeds wachten daarop. Ik hoop dat u daarmee het einde van de legislatuur haalt. Het lijkt mij echter een werf die een werf zal blijven en waaraan uw opvolger verder zal moeten werken.

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

constitue une avancée. J'insiste pour récompenser les hôpitaux qui ne facturent pas de suppléments exagérés. Par ailleurs, la réforme du financement des hôpitaux se fait toujours attendre. J'espère qu'elle verra encore le jour d'ici la fin de la législature, mais il s'agira probablement d'un dossier destiné au prochain ministre.

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

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

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

Het incident is gesloten.

14.05 **Frieda Gijbels** (N-VA): Un article paru dans *Le Vif/L'Express* il y a quelques années et faisant état de l'augmentation des suppléments d'honoraires dans les hôpitaux relevait très clairement les différences communautaires, avec des suppléments bien plus importants en Wallonie et à Bruxelles. Le ministre lui-même déclare ne pas disposer d'une bonne explication à cet égard, mais c'est pourtant le nœud du problème: comment cela se fait-il et comment faire pour y remédier? Dans l'état actuel des choses, on sanctionnera en fait les bons élèves, étant donné que ceux-ci ne pourront pas obtenir de financement supplémentaire.

L'incident est clos.

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

15 Vraag van Gitta Vanpeborgh aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Wereldastmadag" (55036235C)
15 Question de Gitta Vanpeborgh à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La journée mondiale de l'asthme" (55036235C)

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

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

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

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

Zitten er nog andere maatregelen in de pijplijn?

15.01 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): Aujourd'hui, c'est la journée mondiale de l'asthme. En 2017, un groupe de travail de l'INAMI a fourni un relevé des problèmes rencontrés ainsi que de points concrets à améliorer. Il recommandait l'utilisation d'une chambre d'inhalation ainsi qu'une meilleure communication entre les médecins généralistes et les pharmaciens.

Le ministre est-il favorable à un éventuel remboursement des chambres d'inhalation, qui permettent d'administrer plus efficacement les médicaments? Prendra-t-il encore d'autres mesures visant à améliorer la vie des patients asthmatiques?

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

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

Bij de aflevering van inhalatiecorticosteroïden bij astma kan de patiënt

15.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: La Commission de remboursement des produits et des prestations pharmaceutiques examine actuellement la demande de remboursement des chambres d'inhalation pour aérosols-doseurs. Des médecins spécialisés dans les maladies pulmonaires et l'asthme, ainsi que des associations de patients, peuvent notamment apporter leur contribution.

Lors de la délivrance de corticostéroïdes inhalés pour l'asthme, les patients peuvent se faire accompagner par le pharmacien de famille. Ils peuvent solliciter cette aide au début du traitement ou lors de modifications du traitement. Les patients chroniques peuvent recevoir

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

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

des conseils personnalisés supplémentaires en cas de besoin. Nous devrions peut-être faire connaître davantage cette possibilité. Lors de l'entretien d'accompagnement, le patient est informé de la place et du rôle de l'inhalateur dans son traitement et il lui est conseillé d'utiliser fidèlement le médicament, pendant une longue période. Au cours d'un entretien de suivi, le patient est interrogé sur ses expériences et sur d'éventuels effets indésirables. Le pharmacien est également rémunéré pour ces prestations dans le cadre du suivi des soins pharmaceutiques.

Aucune autre initiative n'est en préparation pour le moment. Les patients asthmatiques qui répondent à des conditions spécifiques peuvent se rendre dans les centres de revalidation pulmonaire qui ont conclu une convention avec l'INAMI. Les enfants qui répondent à des conditions spécifiques peuvent se rendre dans les centres Zeepreventorium et Clairs Vallons pour leur revalidation.

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

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

15.03 **Gitta Vanpeborgh** (Vooruit): On pourrait effectivement faire davantage de publicité pour l'entretien d'accompagnement relatif au bon usage des médicaments.

J'espère qu'une décision positive sera prise très prochainement concernant le remboursement des chambres d'inhalation. Ces chambres sont déjà remboursées dans d'autres pays, où l'on constate des effets très positifs.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

16 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De evaluatie van het coronabeleid" (55036240C)
16 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'évaluation de la gestion de la pandémie de covid" (55036240C)

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mevrouw de voorzitster, mijnheer de minister, u weet dat het voor mij belangrijk is dat er een onafhankelijke doorlichting van het coronabeleid in België gebeurt. Ik meen trouwens dat ik niet de enige ben voor wie dat belangrijk is. U weet ook dat ik van mening ben dat die evaluatie al lang geleden had moeten gebeuren.

16.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): En janvier 2023, le ministre a commandé à l'OCDE une étude indépendante sur la politique de gestion du coronavirus. En mars 2023, il a déclaré que le contrat à ce sujet avait été conclu.

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

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

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

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

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

Le ministre peut-il donner quelques explications à ce sujet? Quel est l'énoncé spécifique de la question et quelles disciplines cette analyse concernera-t-elle? Comment s'est déroulée la première réunion du comité d'accompagnement? Quel est le calendrier?

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

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

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

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

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

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

16.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Le 20 janvier 2023, le Comité de concertation a approuvé une note chargeant l'OCDE de procéder à une étude indépendante de notre politique de gestion du coronavirus. La note sera transmise par l'intermédiaire du secrétariat de la commission. L'OCDE, en collaboration avec les autorités belges, définit actuellement les termes de référence de l'évaluation, mais ceux-ci seront quoi qu'il en soit conformes à la note.

L'OCDE aspire à une évaluation intégrale, qui couvre à la fois les aspects liés à la préparation, à la réaction et au rétablissement. Elle passera au crible les soins de santé, la politique de santé, la gestion de crise, l'enseignement, la politique économique et budgétaire ainsi que la politique sociale. Elle s'attardera également sur certains groupes cibles, par exemple les jeunes et les personnes âgées, sur la proportionnalité entre les mesures et les libertés individuelles ainsi que sur l'impact sur la qualité de vie, y compris la santé mentale. Je peux mettre à disposition le rapport de la première réunion de la *task force*, qui s'est tenue le 11 avril et a officiellement marqué le début de l'évaluation. Le rapport final est attendu d'ici la fin de l'année.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

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

16.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Il est urgent de finaliser l'évaluation de manière à pouvoir en tirer des conclusions. Nous sommes probablement le dernier pays à y travailler, alors que nous avons été très lourdement touchés. Une évaluation ne peut pas être reportée trop longtemps. J'espère que l'opération se déroulera sans heurts et que les entretiens adéquats seront menés. Il semblerait que le ministre ait lui aussi des doutes, puisqu'il a commandé une nouvelle étude pour analyser les zones d'ombre. Pourquoi les informations ne sont-elles pas également disponibles en ligne? Une plus grande transparence est requise. Je demande également depuis longtemps un plan pandémie adapté, même s'il ne pourra jamais être parfait.