

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

WOENSDAG 23 MEI 2018

Namiddag

COMMISSION DE LA SANTE
PUBLIQUE, DE
L'ENVIRONNEMENT ET DU
RENOUVEAU DE LA SOCIETE

du

MERCREDI 23 MAI 2018

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.00 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.00 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

01 Question de M. Benoit Hellings au vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères et européennes, chargé de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "le placement de pierres bleues irlandaises sur le piétonnier de Bruxelles" (n° 23658)

01 Vraag van de heer Benoit Hellings aan de vice-eersteminister en minister van Buitenlandse Zaken en Europese Zaken, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "het gebruik van Ierse blauwsteen bij de heraanleg van de Brusselse voetgangerszone" (nr. 23658)

01.01 Benoit Hellings (Ecolo-Groen): Madame la présidente, monsieur le vice-premier ministre, en réponse à une question qui vous avait été posée par Mme Winckel, le 23 mai 2017, au sujet du matériau utilisé pour habiller le piétonnier du centre-ville de Bruxelles, vous aviez précisé: "L'entreprise est belge et, à la remise de son offre, elle a déclaré n'employer que des matériaux provenant de l'Union européenne et a remis une liste de sous-traitants potentiels, tous belges."

Ma question date du 16 février dernier, cela fait donc déjà un certain temps. À cette époque, des habitants et des usagers de ce gigantesque chantier ont pu apercevoir d'immenses stocks de pierres calcaires estampillés du logo de Beliris – c'est le maître d'œuvre du chantier – et de la carrière de Kilkenny, en Irlande. Une partie de l'emblématique piétonnier de notre capitale sera donc pavée de pierres, certes issues de l'Union européenne, mais pas de Belgique.

Monsieur le vice-premier ministre, savez-vous pourquoi Viabuild, à qui cet important marché a été notifié, a fait appel à un fournisseur irlandais alors que lors de la remise de sa liste de sous-traitants potentiels, celle-ci ne mentionnait que des noms belges? Un passage du cahier des charges vous permet-il de dénoncer ce qui s'apparente à une ruse? Puisqu'il s'avère, et je l'ai appris, que la carrière de Kilkenny est la propriété d'un carrier belge.

Ce stock de pierres bleues irlandaises semble destiné au pavement de la place de Brouckère et de ses environs immédiats, soit la première tranche du marché. Peut-on espérer que les autres zones du chantier (soit les deux dernières tranches du marché) puissent faire l'objet d'un garnissage de pierres bleues belges? Quelles mesures envisagez-vous de prendre pour atteindre ce bel objectif de visibilité de notre savoir-faire et de notre identité patrimoniale?

La technique de rédaction du cahier des charges visant à promouvoir "des pierres bleues répondant aux critères définis par le Centre scientifique et technique de la construction, dans sa brochure NIT 220" a failli puisque les pierres bleues belges n'ont pas été choisies par Viabuild. Comment envisagez-vous de modifier la rédaction des éventuels futurs cahiers des charges pour faire en sorte de garantir la cohérence patrimoniale et culturelle chère aux Bruxellois et à leurs visiteurs, qu'ils soient belges ou étrangers?

01.02 Didier Reynders, ministre: Madame la présidente, monsieur Hellings, je regrette de ne pas avoir eu

l'occasion de répondre plus tôt à votre question mais il y a eu pas mal de propositions de dates et de renvois en commission des Affaires étrangères. De plus, la presse a, depuis, relayé cette question. La meilleure façon de travailler sera donc de transmettre la réponse.

Il y a deux choses à distinguer: le fournisseur des pierres, qui sont achetées à une carrière, et le choix d'un sous-traitant pour effectuer la pose de ces pierres. Les sous-traitants chargés de la pose des pierres bleues sont de nationalité belge. C'est donc bien le savoir-faire des sociétés belges qui est à l'œuvre pour la pose de ces pierres bleues. Quant à l'origine des pierres, Viabuild mentionne effectivement dans son formulaire d'offre une liste des fournisseurs éventuels, dans laquelle on retrouve plusieurs fournisseurs de pierres bleues belges.

Cependant, pour autant que le sous-traitant dispose des agrégations requises et que le fournisseur livre des matériaux conformes aux prescriptions du cahier des charges, rien ne permet dans la réglementation en vigueur de limiter, dans le cahier des charges, la liberté de l'entrepreneur principal quant au choix de ses sous-traitants et fournisseurs. Les informations reprises dans son offre sont donc fournies à titre indicatif et ne peuvent pas être utilisées par l'administration pour refuser ultérieurement un sous-traitant ou un fournisseur qui n'aurait pas été repris dans ladite liste.

Quant à la décision de l'entrepreneur Viabuild de choisir des pierres bleues irlandaises, l'administration a fait vérifier par un expert indépendant du Centre scientifique et technique de la construction la conformité de celles-ci au cahier des charges. Après examen, il s'avère qu'elles répondent aux prescriptions tant techniques qu'esthétiques du cahier des charges. Le choix relève de l'organisation de Viabuild. Il est donc vraisemblable que les pierres de la seconde tranche du marché proviennent également des carrières irlandaises.

Les prescriptions techniques du cahier des charges avaient pour objet d'empêcher la fourniture de pierres bleues dont certaines caractéristiques techniques sont moins bonnes que celles des pierres bleues d'origine belge ou irlandaise, ces dernières provenant de la même couche géologique. Il est impossible, au niveau technique, de les distinguer autrement que par leur origine géographique, ce qui, comme vous le savez, est strictement interdit dans la réglementation européenne des marchés publics.

Peut-être qu'en intervenant auprès de l'un ou l'autre parlementaire européen bien connu, vous arriverez à faire changer ce genre d'obligations européennes, mais, pour l'instant, nous tentons de respecter la législation en vigueur. C'est peut-être surprenant à Bruxelles mais au niveau du gouvernement fédéral, nous essayons de respecter la législation sur les marchés publics.

01.03 Benoit Hellings (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Comme vous, je regrette le manque d'intérêt de nos collègues pour les dossiers Beliris. Ils sont pourtant essentiels pour l'avenir de la Région bruxelloise. C'est ainsi. Nous aurons l'occasion d'en rediscuter seul à seul dans les prochains mois.

Vous avez raison, une réglementation européenne est en vigueur, et je ne doute pas que votre administration a fait le nécessaire pour la respecter.

Il faudra donc que nous puissions, pour des raisons patrimoniales et culturelles, faire en sorte que nos villes et villages soient habillés de pierres bleues belges ou d'autres structures embellissant le paysage, comme cela a toujours été le cas. Cela fait partie du patrimoine culturel. C'est un combat que nous devons mener tous ensemble, votre parti comme le mien, au niveau européen. Nous devons y réfléchir pour être certain qu'à l'avenir, cela ne se reproduise plus. Enfin, j'ai bien compris que le reste du piétonnier se fera bel et bien en pierres irlandaises.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Question de M. Benoit Hellings au vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères et européennes, chargé de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "l'état des lieux de l'étude de faisabilité financée par Beliris concernant la construction d'un centre d'excellence pour l'élite sportive à Bruxelles" (n° 24773)

02 Vraag van de heer Benoit Hellings aan de vice-eersteminister en minister van Buitenlandse Zaken

en Europese Zaken, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de stand van zaken betreffende de door Beliris gefinancierde haalbaarheidsstudie inzake de bouw van een center of excellence voor topsporters in Brussel" (nr. 24773)

02.01 Benoit Hellings (Ecolo-Groen): Madame la présidente, monsieur le vice-premier ministre, l'European Sport Academy (ESA) a pour objet l'aide aux jeunes sportives et sportifs à développer leurs compétences dans un environnement adapté à l'épanouissement personnel et professionnel. L'ESA ambitionne de développer son rôle éducatif par la construction, en Région bruxelloise, d'un centre d'excellence pour l'élite sportive. Ce projet de grande envergure constitue une opportunité pour Bruxelles, lui permettant à la fois de rénover ses installations sportives tout en renforçant son rayonnement international en tant que capitale de la Belgique et de l'Europe.

La concrétisation de ce projet constituerait une opportunité pour la Belgique de continuer à organiser le fameux Mémorial Van Damme, mais également de poser sa candidature pour l'accueil de compétitions sportives internationales telles que l'Euro 2022 d'athlétisme. Selon *Le Soir* du 5 octobre 2016 - entre-temps un autre article est paru à ce sujet -, Beliris s'est engagé à financer une étude de faisabilité à hauteur de près de 1,1 million d'euros.

Beliris joue donc un rôle moteur, voire essentiel, dans cette étude confiée au consortium Deloitte – ARUP - VUB. Celle-ci doit faire le point sur les conditions juridiques, financières et géographiques nécessaires à la concrétisation de ce projet.

Selon les informations diffusées fin 2016, l'étude de faisabilité du projet de construction d'un centre d'excellence pour l'élite sportive devait se clôturer à la fin du mois de février 2017. Où en est cette étude? Pourrais-je en disposer? Après l'étude d'une quinzaine de sites géographiques, une liste des cinq lieux à haut potentiel devait être présentée par le consortium Deloitte – ARUP - VUB. Quels sont les cinq lieux à fort potentiel sélectionnés à Bruxelles? Quelles sont les conclusions de l'étude permettant de comprendre cette sélection? Si cette étude existe, quelles sont les démarches déjà réalisées par Beliris afin de supporter la concrétisation du projet de centre d'excellence sportive?

02.02 Didier Reynders, ministre: Monsieur Hellings, l'étude est à présent terminée. Elle a été présentée au comité d'accompagnement en janvier 2018; je tiens un exemplaire à votre disposition. Celle-ci a étudié 29 sites différents et en a retenu huit dans une *short list*. Après analyse, les quatre localisations suivantes ont été retenues par les auteurs: deux sites d'une surface supérieure à dix hectares - le plateau du Heysel à Bruxelles et le stade Fallon à Woluwe-Saint-Lambert, en combinaison avec le complexe Sport City de Woluwe-Saint-Pierre. Deux sites d'une surface inférieure à dix hectares ont également été sélectionnés: les sites A et B de l'OTAN (Evere, Bruxelles et Zaventem) et l'ancienne caserne de gendarmerie Geruzet à Etterbeek.

Ces quatre localisations ont été extraites de la *short list* après examen des éléments suivants:

- les informations sur le site: localisation, périmètre et propriétaire, coût escompté et géométrie;
- l'intégration spatiale: utilisation et contexte, visibilité, paysage et environnement, zones inondables;
- l'accessibilité du site: disponibilité du site dans la planification urbaine et les projets à venir;
- les synergies.

Il a également été tenu compte du potentiel de développement de ces endroits, de l'adaptabilité spatiale et d'aspects liés à la sécurité et à l'environnement, de caractéristiques des abords du site: situation urbanistique, planification urbaine.

En analysant les sites de plus de dix hectares, l'étude conclut que le plateau du Heysel présente les meilleurs avantages:

- score élevé pour les critères d'accessibilité, de visibilité et de synergies avec des infrastructures disponibles sur place et à proximité. La planification urbaine permet le développement de l'ESA (European Sport Academy) sans nécessiter de changement du plan de zonage;
- présence d'un stade intégrant une piste d'athlétisme;
- sécurité et mobilité.

L'étude ajoute qu'au vu des intentions du propriétaire du site du Heysel, la combinaison stade Fallon-Sport City est une solution de choix en raison des synergies possibles entre les deux sites.

Pour les sites de moins de dix hectares, l'étude précise (page 161) que "de par sa taille et sa forme

géographique, le site caserne Geruzet convient pour des installations techniques et de sciences du sport, mais se prête moins à l'aménagement de nouveaux terrains de sport en raison des corps de bâtiment déjà présents sur place.

Le site de l'OTAN (B et A) jouit d'une bonne visibilité et d'une bonne liaison avec les transports en commun. Les deux parcelles de terrain sont vastes et offrent l'opportunité d'aménager plusieurs infrastructures sans provoquer de nuisances pour les abords du site. Néanmoins, sur le long terme, l'emplacement isolé du site, la disponibilité limitée de l'infrastructure sportive à proximité directe et la distance entre les deux parcelles de terrain rendent ce site moins intéressant par rapport aux sites du Heysel et du stade Fallon-Sport City.

Enfin, le rôle de Beliris a d'abord consisté à financer et à assurer la maîtrise d'œuvre du marché public, de telle sorte que nous disposons à présent d'une étude de faisabilité. Beliris a maintenant demandé aux différents pouvoirs communaux concernés - Bruxelles, Woluwe-Saint-Pierre, Woluwe-Saint-Lambert -, de marquer formellement leur intérêt pour le projet, ainsi que de poser d'éventuelles conditions au développement du projet qui comporte différentes parties.

La question centrale avant de poursuivre l'étude, le cas échéant, est d'avoir un lieu disponible, de pouvoir à ce moment-là étudier le dimensionnement et la concrétisation du financement et de définir un avant-projet transcrit dans la rédaction d'une demande de permis. Nous allons voir avec les différents pouvoirs locaux comment avancer sur la base de cette étude. Je vais demander qu'on vous la remette.

02.03 Benoit Hellings (Ecolo-Groen): Monsieur le vice-premier ministre, je vous remercie. Il est très intéressant de voir le Heysel mentionné dans cette étude quand même très fouillée, d'après les premiers éléments que vous venez de me donner. Vous n'en avez pas précisé le coût total mais il est vrai que je ne vous ai pas posé la question. Je vous le demanderai autrement.

Le Heysel reste donc l'endroit idéal. Je pense que ce serait en effet une belle façon de valoriser un patrimoine important qui n'est pas seulement un patrimoine sportif, mais également un patrimoine historique où se sont déroulés de nombreux événements. L'athlétisme a toute sa place à Bruxelles. Nous verrons comment les futurs édiles communaux de la Ville de Bruxelles qui, je l'espère, ne seront pas des amateurs, gèreront ce dossier.

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

03 Vraag van de heer Vincent Van Peteghem aan de vice-eersteminister en minister van Buitenlandse Zaken en Europese Zaken, belast met Beliris en de Federale Culturele Instellingen, over "de musea waarover Beliris bevoegd is" (nr. 25546)

03 Question de M. Vincent Van Peteghem au vice-premier ministre et ministre des Affaires étrangères et européennes, chargé de Beliris et des Institutions culturelles fédérales, sur "les musées sous la compétence de Beliris" (n° 25546)

03.01 Vincent Van Peteghem (CD&V): Mijnheer de minister, met de bijakte nr. 12 voor de periode 2015-2017 werden de middelen meer georiënteerd naar wat de oorspronkelijke bedoeling van het samenwerkingsakkoord was, namelijk de ondersteuning van de hoofdstedelijke en internationale rol van Brussel.

De gebouweninfrastructuur van het Jubelparkmuseum is in lamentabele toestand. Het gebouw, de uitstraling en de bezoekersaantallen steken fel af tegenover vergelijkbare musea in andere hoofdsteden.

Ten eerste, wat is de vooropgestelde tijdlijn voor de uitwerking van de volgende bijakte nr. 13 voor de periode 2018-2019?

Ten tweede, welke prioriteiten heeft de federale regering voor die bijakte naar voren geschoven?

Ten derde, wanneer zal werk worden gemaakt van de volledige renovatie van de verouderde gebouwen in het Jubelpark? Zullen de middelen in bijakte nr. 13 ook voor de renovatie worden gebruikt?

03.02 Minister Didier Reynders: Mijnheer Van Peteghem, bijakte nr. 13 wordt momenteel onderhandeld. Er is een standpunt op federaal vlak. Wij wachten nu op een mogelijke vergadering met de regering van het

Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

Ik kan op het ogenblik geen tijdlijn mededelen. Ik hoop echter dat het mogelijk zal zijn de komende weken om tot een akkoord te komen.

De prioriteiten, die ik verdedig, haalde ik reeds aan ter gelegenheid van mijn meest recente algemene beleidsverklaring. Ik wens dat Beliris op grootschalige projecten blijft focussen en steeds meer middelen aan investeringen inzake mobiliteit wijdt.

Zoals bij elke samenwerkingsovereenkomst dient een consensus met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest te worden gevonden.

Bijakte 12 voorziet voor Beliris in 30 miljoen euro voor de renovatie van de federale wetenschappelijke Instellingen of musea.

De Ministerraad gaf op 18 mei 2017 zijn principiële goedkeuring voor het lanceren van de studies voor de renovatie en de restauratie van vier federale wetenschappelijke instellingen, waaronder de Koninklijke Musea van Kunst en Geschiedenis en het Koninklijk Instituut voor het Kunstpatrimonium, die zich in het Jubelpark bevinden.

Er werd reeds 16,6 miljoen euro van Beliris voorbehouden voor de renovatie van de Musea voor Kunst en Geschiedenis en Schone Kunsten overeenkomstig het programma voor de toewijzing van de middelen dat de Regie der Gebouwen aan het samenwerkingscomité heeft bezorgd.

Met vreugde kan ik u mededelen dat in april 2018 de opdracht voor de renovatie van de daken van het Koninklijk Museum voor Kunst en Geschiedenis door de Regie der Gebouwen aan de aannemer werd gegund. Een bedrag van 5 miljoen euro is ten laste van Beliris en werd hier dus reeds vastgelegd.

Beliris is niet bij de renovatie van andere musea op de Jubelparksite betrokken.

Tot slot, aangezien bijakte nr. 13 nog wordt onderhandeld, ben ik vandaag niet in staat aan te geven of die extra middelen de musea op de site van het Jubelpark zullen toekomen. Bovendien zullen de werken voor de restauratie van het kleine erfgoed in het Jubelpark, zoals standbeelden, exedra's en hekken en de werken voor de verlichting van de gebouwen in 2018-2019 van start gaan.

Ik hoop dat wij snel een datum vinden voor een vergadering met de Brusselse regering. Onmiddellijk na het akkoord zal ik meer details geven aan de leden van de commissie.

03.03 Vincent Van Peteghem (CD&V): Mijnheer de minister, dank u wel voor uw antwoord. Het is in elk geval goed nieuws dat er al enkele werken gegund zijn. Die aan dat dak vormen daar één van. Ik meen echter dat er meer nodig is dan enkel de werken aan dat dak. Ik ben daar onlangs langs geweest en ik vond het daar maar triestig. Dat is niet goed voor de uitstraling van onze hoofdstad.

Het zou niet slecht zijn als er verder in geïnvesteerd wordt. Wij zien de bezoekersaantallen achteruitgaan. De middelen, die er zijn, moeten zeker en vast, naast in de prioriteiten die u vooropgesteld hebt, ook in dat museum ingezet worden.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

Le développement des questions et interpellations est suspendu de 14.17 heures à 14.36 heures.

De behandeling van de vragen en interpellaties wordt geschorst van 14.17 uur tot 14.36 uur.

04 Vraag van mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het opvorderen van een arts voor een bloedafname" (nr. 24620)

04 Question de Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réquisition d'un médecin pour une prise de sang" (n° 24620)

04.01 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, wanneer de politie in België een alcoholcontrole uitvoert, moet er in bepaalde gevallen een arts opgevorderd worden om een bloedafname uit te voeren,

zoals bepaald in artikel 63 van de Wegverkeerswet. De arts die hiervoor opgevorderd wordt, mag zich er niet aan onttrekken maar moet ter plaatse gaan. Er zijn wel enkele uitzonderingsgevallen waarbij de arts de opdracht kan weigeren, namelijk bij een medische tegenindicatie of een deontologisch bezwaar.

In Nederland kan deze handeling zowel door een arts als door een verpleegkundige uitgevoerd worden. De Nederlandse wet bepaalt dat een arts bij een verdachte bloed afneemt om vast te stellen of de verdachte bestuurder een te hoog alcoholpromille heeft of een te grote hoeveelheid drugs of geneesmiddelen genomen heeft. Als het gaat om een verdachte die aan het wegverkeer heeft deelgenomen, kan dit ook gedaan worden door een verpleegkundige. Die bevoegdheid is vastgelegd in artikel 2 van het Besluit functionele zelfstandigheid van de Nederlandse wetgeving.

Mevrouw de minister, in de media verschenen hieromtrent signalen van enkele huisartsen en wachtposten. Artsen die van wacht zijn, zeker in kleinere wachtposten, vinden dit organisatorisch erg moeilijk.

Mevrouw de minister, hoe staat u, naar Nederlands voorbeeld, tegenover de mogelijkheid om onder bepaalde voorwaarden erin te voorzien dat de bloedafname ook door verpleegkundigen kan worden uitgevoerd? Ik stelde deze vraag eerder al aan minister Bellot. Hij verwees me door naar u. Ik vraag me dus af hoe u hiertegenover staat.

04.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Muylle, ik heb dat zelf vroeger ook moeten doen en het is inderdaad niet het meest aangename werk. Desalniettemin is de controle op het gebruik van alcohol en andere stoffen in het wegverkeer strikt geregeld in onze wetgeving. Dat geldt zowel voor procedures, toestellen en laboratoria als voor de vereiste kwalificatie voor een afname. In deze wetgeving wordt inderdaad het optreden van een arts vereist. In het kader van de huidige wetgeving binnen volksgezondheid over de uitoefening van de gezondheidsberoepen kan een verpleegkundige enkel een bloedafname doen op voorschift en indicatiestelling van een arts.

De opvoeding van de arts gaat wel om meer dan het louter uitvoeren van de technische handeling van de bloedafname. Het geheel van de gerechtelijke opdracht kan niet zonder meer door een ander zorgberoep worden opgenomen.

Het voorstel dat u formuleert, veronderstelt in elk geval ook wetgevend werk, na uitgebreide consultatie van het werkveld, zowel langs gerechtelijke zijde als langs de zijde van de beoefenaars van zorgberoepen, hier meer bepaald artsen en verpleegkundigen.

Mijn collega bevoegd voor Mobiliteit heeft daaromtrent nog geen contact opgenomen noch vragen erover gesteld. Ik zal het nog eens aankaarten bij hem. Als dat in zijn beleidsdoelstellingen staat, kunnen wij daar samen aan werken. Tot nu toe hebben wij daarvan echter geen bericht.

Het gaat niet alleen over de bloedafname maar ook over de beoordeling of de patiënt niet in gevaar is door de intoxicatie.

04.03 **Nathalie Muylle** (CD&V): Mevrouw de minister, ik heb ook heel het wetgevend kader eens nagekeken. Het gaat natuurlijk over een heel complexe materie, die betrekking heeft op zowel Mobiliteit, Justitie als Volksgezondheid. Ik zie dat u bereid bent om daarover een gesprek te voeren, mocht de vraag er komen. Ik heb hierover ook contact gehad met Domus Medica. Zij gaven hetzelfde antwoord, zij zijn bereid om daarover een gesprek te voeren, maar de problematiek is complex. In die zin moet dit goed worden afgestemd met het werkveld. Ik ga daarmee helemaal akkoord en wij zullen verder bekijken hoe dit loopt.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Questions jointes de

- **M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pénurie de certains médicaments dans les officines" (n° 24565)**
- **Mme Katrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la rupture de stock de certains médicaments sur le marché belge" (n° 24985)**
- **Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan d'action pour des solutions et recommandations concrètes en cas d'indisponibilité temporaire d'un médicament" (n° 25003)**

05 **Samengevoegde vragen van**

- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tekort aan bepaalde geneesmiddelen in de apotheken" (nr. 24565)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het niet voorradig zijn van bepaalde geneesmiddelen in België" (nr. 24985)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het stappenplan voor concrete oplossingen en aanbevelingen bij tijdelijke onbeschikbaarheid van een geneesmiddel" (nr. 25003)

La **présidente**: M. Daniel Senesael a demandé le report de sa question n° 24565.

05.01 **Catherine Fonck** (cdH): Madame la ministre, il y a régulièrement des ruptures de stock et des indisponibilités temporaires de médicaments et parfois le délai s'allonge. Il s'agit d'une problématique qui a des conséquences non négligeables sur le terrain: pour les pharmaciens, pour les patients et, par conséquent, pour les médecins. Ce n'est pas la première fois que je vous interroge sur le sujet.

L'AFMPS (Agence fédérale des médicaments et des produits de santé), sur son site, parle d'une phase de test qui a débuté en janvier 2018, d'un plan d'action pour un médicament ou un traitement alternatif en cas d'indisponibilité temporaire. J'aimerais en discuter avec vous. En effet, nous sommes à présent en mai et les pharmaciens me signalent toujours des problèmes non négligeables sur le terrain et difficilement gérables à certains moments.

Pouvez-vous faire le point sur ce plan d'action pour des solutions et recommandations concrètes en cas d'indisponibilité temporaire de médicaments? Quelles sont les modalités, les objectifs de ce que l'AFMPS cite comme étant une phase de test? Quelle en est l'échelle? Combien de pharmaciens sont-ils concernés? Quelles sont les modalités du traitement alternatif et celles de la délivrance d'un traitement alternatif? Par ailleurs, comment cette phase de test sera-t-elle évaluée et à quel moment?

05.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame Fonck, mes services au sein de l'AFMPS reçoivent en effet un grand nombre de notifications relatives aux indisponibilités de médicaments produits par des firmes pharmaceutiques.

Les causes d'indisponibilité les plus courantes sont des problèmes relatifs à la production, des retards de livraison, des nouveaux lots de médicaments qui ne sont pas disponibles à temps ou un arrêt temporaire de la commercialisation décidée par la firme elle-même. Dans la grande majorité des cas, ces indisponibilités n'entraînent pas de problème pour la santé publique, soit parce que l'indisponibilité est de courte durée, soit parce que des alternatives existent en suffisance.

Un groupe de travail "Indisponibilité des médicaments" a été mis en place par l'AFMPS et l'INAMI afin de rechercher des solutions aux problèmes liés à l'indisponibilité des médicaments.

Ce groupe est composé des représentants des différents acteurs concernés par ce domaine. Cela a notamment conduit à la création d'un point de notification unique pour les firmes pharmaceutiques, afin de communiquer les données sur la disponibilité ou l'indisponibilité des médicaments sur le marché belge. Le groupe de travail a élaboré un arbre décisionnel qui détermine les mesures à prendre dans le cas d'une indisponibilité, afin de minimiser l'impact négatif de celle-ci pour le patient.

Ainsi, dès qu'une notification d'indisponibilité est faite, celle-ci est examinée pour savoir si elle est susceptible de poser un problème de santé publique. C'est le cas s'il s'agit d'un médicament considéré comme essentiel pour la santé publique, sans alternative, et si la durée d'indisponibilité prévue est suffisamment longue.

En cas de problème pour la santé publique, une des solutions peut, par exemple, être l'octroi d'une dérogation à une firme pharmaceutique, sur avis de la commission consultative instituée auprès de l'AFMPS, afin que la firme puisse temporairement importer des lots de médicaments autorisés et disponibles à l'étranger, et les distribuer en Belgique afin de pallier l'indisponibilité temporaire du médicament.

Cela peut aller vite. Nous avons connu le cas avec un médicament qui était unique sur notre marché, à savoir Créon de Mylan. L'AFMPS a demandé à Mylan, la firme pharmaceutique, de réimporter des lots qui se trouvaient déjà à l'étranger pour éviter que nos patients soient privés de l'accès à ce médicament. Mylan

l'a fait et a assuré que le problème était réglé. Nous espérons que c'est vrai.

Le groupe de travail étudie également un projet de création d'une plate-forme de communication, à partir de laquelle tous les acteurs concernés du secteur pourront communiquer des notifications d'indisponibilité de médicaments. Cela facilitera les choses et ce sera également utile pour les pharmaciens.

Le groupe de travail se réunit encore régulièrement pour prendre d'autres initiatives permettant de trouver encore d'autres solutions aux problèmes d'indisponibilité des médicaments, mais aussi pour prendre des mesures préventives afin d'éviter ces problèmes.

Des adaptations à la législation sont notamment envisagées. Donner aux pharmaciens la possibilité légale de substituer exceptionnellement un médicament, sous certaines conditions bien définies, est une des propositions actuellement étudiées par le groupe de travail. Mais jusqu'à présent, aucune décision n'a été prise à ce sujet. Le travail continue. De temps en temps, on nous dit que telle mesure peut être prise. C'est ainsi que cela fonctionne.

Il faut dire que dans nos pays voisins, il n'en va pas ainsi. Leur agence ne fait pas toujours preuve de la même vigilance.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie. Si je comprends bien, ce n'est pas seulement une certaine partie du territoire concerné, mais toutes les officines, potentiellement, peuvent, à un moment donné, actionner le dispositif. Mais c'est un dispositif au coup par coup, si je comprends bien, en fonction du médicament et des renseignements obtenus des firmes.

Ne faudrait-il quand même pas y adjoindre un autre volet? Je ne doute pas que l'AFMPS essaie de gérer cela au mieux, et il est vrai que c'est compliqué. Mais les pharmaciens me disent qu'il y a toujours une difficulté parce que, pour des médicaments en rupture de stock, il n'y a pas la possibilité de faire bénéficier le patient d'un remboursement similaire pour un médicament équivalent. Manifestement, cela pose encore des problèmes alors que logiquement, puisque le médicament est en rupture de stock, cela ne devrait pas arriver.

Je crois qu'il y a peut-être aussi une difficulté sur ces fameux signaux, en fonction des lignes, s'ils sont dans la bonne catégorie ou pas, en matière de remboursement. C'est un problème important qui se pose encore sur le terrain. Vous avez pris l'exemple de Créon. On voit avec la firme quelles sont les possibilités de renvoi de médicaments. Le temps de latence, de rupture de stock, peut poser problème pour les patients. D'autant que, comme vous le savez, dans l'exemple du Créon, il est question d'un grand nombre de comprimés par jour.

05.04 Maggie De Block, ministre: Pour ce qui concerne l'exemple du Créon, la difficulté, c'est que le patient doit ingérer quotidiennement de nombreux comprimés. De plus, il n'y a pas d'alternative à ce médicament. Si c'était le cas, on pourrait décider que le médicament alternatif peut temporairement bénéficier du même remboursement que celui prévu pour le Créon. Si le Créon devait, à nouveau, être importé dans notre pays, son prix devrait rester le même pour le gouvernement, mais aussi pour les patients.

Cela dit, il arrive que des médicaments alternatifs soient plus coûteux alors que les patients devraient bénéficier des mêmes conditions que pour les médicaments prescrits à la base. En réalité, je suis très inquiète de l'impact du Brexit dans ce domaine.

05.05 Catherine Fonck (cdH): Il y aura effectivement un impact pour les firmes.

05.06 Maggie De Block, ministre: Hier, je me suis rendue à Londres pour évoquer la question. Des problèmes se poseront pour tous les patients et pas seulement pour les patients en Angleterre. Il s'agit donc d'une question sur laquelle doivent se pencher tous les ministres européens de la Santé publique.

En effet, l'Agence européenne des médicaments (EMA) va voir son travail s'interrompre en raison de deux déménagements - dans un quartier d'Amsterdam et au Sud de la ville. Deux déménagements en quelques mois, ce n'est pas rien. De plus, de nombreuses familles devront également déménager et le travail devra se poursuivre malgré les difficultés rencontrées en raison du Brexit. Cela représente vraiment une menace.

Jusqu'à présent, tout le monde pensait que le Brexit aurait des conséquences uniquement en Angleterre,

mais il y en aura partout. Il faut donc anticiper les problèmes qui pourraient se poser. Lors de ma visite à Londres, un représentant de l'AFMPS était présent afin d'apporter sa coopération à notre groupe de travail et anticiper, dans la mesure du possible, les problèmes liés au Brexit.

05.07 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie pour ces informations complémentaires.

Si les problématiques de stock et ruptures de stock chez les pharmaciens ne sont pas aujourd'hui la conséquence du Brexit, il est clair que celui-ci posera un problème sur les marchés.

Pour en revenir aux problèmes rencontrés par nos pharmaciens, un système au coup par coup a été mis en place mais il est trop en aval. Je plaide pour qu'en Belgique, outre toutes les nouvelles technologies, on ait la capacité d'anticiper les ruptures de stock, quitte à obliger les firmes pharmaceutiques, surtout celles qui sont très lointaines, à donner des informations au préalable quand elles ne livrent plus notre pays. Une anticipation de rupture de stock permettrait d'éviter un délai supplémentaire pendant lequel le médicament ne serait pas délivré aux patients. Je plaide vraiment pour une anticipation. Aujourd'hui, régulièrement, on attend qu'il y ait rupture de stock pour déclencher une procédure.

05.08 Maggie De Block, ministre: Oui, c'est souvent le cas mais, depuis l'installation de ce mécanisme, des messages sont transmis avant qu'il y ait rupture de stock.

05.09 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, anticiper davantage et mieux serait bénéfique tant pour les pharmaciens que pour les patients.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 24592 van de heer Senesael wordt omgezet in een schriftelijke vraag, omdat ze niet meer uitgesteld kan worden.

06 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'eAttest" (n° 24599)

06 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het eAttest" (nr. 24599)

06.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je vais aller directement au fait. Je ne vais pas refaire tout l'historique du problème que nous connaissons.

Le système de l'eAttest a été introduit. Des logiciels ont été accrédités, notamment par le Collège Intermutualiste. Cependant, il subsiste un écueil: le gouvernement n'a rien prévu sur l'aspect fiscal.

Lors du dépôt de ma question au mois de mars dernier, l'ABSyM avait transmis le message aux médecins que ces derniers ne devaient pas continuer à utiliser l'eAttest mais revenir aux carnets d'attestations numérotés qui constituent un moyen fiable pour justifier les revenus auprès de l'administration fiscale.

Il est dommage et dommageable que le volet fiscal n'ait pas été examiné en temps utile, c'est-à-dire avant que l'eAttest soit implanté. Mais projetons-nous vers l'avenir.

Madame la ministre, y a-t-il une solution claire pour le volet fiscal de l'eAttest? La Commission nationale médico-mutualiste avait parlé d'une solution pour fin avril. Ces problèmes sont-ils maintenant réglés? L'affaire est-elle bétonnée sur le plan fiscal? Dès lors, peut-on rassurer les médecins sur ce point?

06.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, en effet, aucune concertation officielle n'a été planifiée avec le département des Finances préalablement au lancement de l'eAttest. Cela ne semblait pas nécessaire vu que l'eAttest se situe dans le même domaine que l'eFact, déjà cadré correctement.

Les solutions de logiciels étaient toutefois toutes prévues pour pouvoir générer les bonnes pièces justificatives fiscales relatives aux prestations effectuées et ce, suivant la bonne méthode sécurisée et dans le bon format. Il était également prévu que ces pièces justificatives ne pourraient pas être manipulées par le prestataire de soins dans la base de données du système de son cabinet.

Entre-temps, cela a été parcouru en détails avec le département des Finances, qui a donné son feu vert. Il n'y a donc aucun problème avec le fisc.

Mes services au sein de l'INAMI ont envoyé un courrier officiel pour expliquer en détail les accords conclus avec le SPF Finances ainsi que la marche à suivre pour fournir des pièces justificatives fiscales à partir de ce système.

Les problèmes constatés dans le logiciel – qui étaient consécutifs à des erreurs commises lors de la délivrance de l'attestation – ont été résolus. Il convient aussi de préciser que seuls quelques logiciels étaient concernés. De toute manière, ils ont tous été examinés. Il me semble, au demeurant, qu'Hans D'Hondt, le président du SPF, a communiqué à ce sujet.

06.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous remercie.

Si le problème est résolu, je ne puis que m'en réjouir, même si je dois regretter qu'il n'ait pas été suffisamment anticipé. En effet, il a fallu que le fisc donne son feu vert avant d'y remédier. Par ailleurs, des erreurs avaient été constatées dans des logiciels pourtant accrédités par les autorités.

J'ose espérer qu'en cas de récurrence, on réagira en temps utile, c'est-à-dire avant l'installation du système, et non à la suite de telles péripéties. Cela ne fait pas très sérieux.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

06.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, je vous propose de transformer mes questions n° 24600 et n° 24601 en questions écrites. Elles se rapportaient en effet à des aspects factuels, et non politiques.

La **présidente**: Il en sera ainsi.

07 Questions jointes de

- **M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'évaluation des projets en faveur des personnes âgées dans le cadre du Protocole 3" (n° 24768)**

- **Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins de santé mentale pour les personnes âgées" (n° 25105)**

07 Samengevoegde vragen van

- **de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de evaluatie van de projecten voor ouderen in het kader van Protocol 3" (nr. 24768)**

- **mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "GGZ voor ouderen" (nr. 25105)**

07.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, en 2009, l'INAMI lançait un appel à projets nommé Protocole 3 visant à maintenir les personnes âgées le plus longtemps possible au domicile. Un deuxième appel à projets a été lancé en août 2013 pour des projets démarrant en septembre 2014.

Les projets pilotes retenus mettent en oeuvre différentes modalités de coordination des soins et de services à domicile qui ont depuis longtemps prouvé leur efficacité.

Une évaluation de l'efficacité de ces projets est évidemment prévue. Celle-ci porte sur la capacité de ces projets à retarder l'entrée en maison de repos ou maison de soins mais aussi leurs conséquences en termes de consommation de soins de santé (hospitalisations, soins infirmiers, kinésithérapie et logopédie). D'autres dimensions sont également prises en compte, touchant à la santé et à la qualité de vie de la personne et des aidants proches.

Madame la ministre, où en sont ces projets-pilotes? Quelle a été l'évolution du financement du Protocole 3 depuis la mise en place de ces projets en 2010? Un nouvel appel à projets est-il envisagé?

Combien de ces projets sont actuellement mis en place? Comment se déroule leur évaluation?

Il nous revient aujourd'hui, par exemple, que le projet Dionysos, une initiative du Service de Santé Mentale Rivage-den-Zaet, engagée activement depuis 8 ans, s'est "mise en vente" sur les réseaux sociaux avec disponibilité au 1^{er} juin 2018, son financement n'étant en effet plus garanti étant donné que l'objectif de retarder l'institutionnalisation n'est pas atteint. Pourtant l'évaluation de ce projet a mis en avant une meilleure utilisation des soins de santé, un moindre recours aux urgences, une diminution des cas de dépression, une meilleure utilisation des soins de première ligne, une meilleure adaptation à l'intégration d'une maison de repos. Le financement semble être mis en péril par les décisions du pouvoir fédéral, au motif que l'objectif de retarder l'institutionnalisation n'est pas atteint. Pourriez-vous dès lors nous expliquer pourquoi la balance penche dans ce cas vers un arrêt du financement du projet qui remplit pourtant une série d'objectifs importants en matière d'aide aux personnes âgées?

N'est-il pas temps de pérenniser les projets dans ce cadre et de leur octroyer un financement structurel afin de leur permettre de continuer à répondre aux besoins en matière d'aide aux personnes?

Qu'en est-il des concertations avec les entités fédérées à cet égard?

07.02 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, een thema dat hierbij aansluit is de studie van het Federaal Kenniscentrum in het kader van de GGZ voor ouderen. Ik zal de inhoud van deze studie hier niet volledig aanhalen want ik ben er zeker van dat u goed op de hoogte bent van de volledige inhoud ervan. Uw diensten waren immers aanwezig op de raad van bestuur van het kenniscentrum.

De conclusie was dat er in het kader van de GGZ voor ouderen moet worden ingezet op het verduidelijken en versterken van de rol van de eerste lijn. Voorts ging het om het inschakelen van mobiele teams specifiek voor ouderenpsychiatrie en het versterken van de gespecialiseerde zorg in woonzorgcentra. Er werden ook concrete vragen gesteld aan u en uw collega's van de Gemeenschappen. Er was onder andere een vraag over de BelRAI. Heeft dit instrument zijn nut al bewezen voor detectie en behandeling van GGZ-problemen of gaat het enkel om een vermelding in het kader van protocol 3? Wat zijn de eerste ervaringen? Is er bijsturing nodig?

Het KCE pleit ook voor psychiatrische mobiele teams in de ouderenzorg. Kunnen deze al dan niet in het kader van de bestaande volwassenenteams worden geïntegreerd? In de werkgroep mobiele teams van het overlegorgaan 107 werd deze aanbeveling eveneens gedaan. Wat is de impact ervan op de middelen? Dat zal immers gevolgen hebben voor de mobiele teams in het kader van de volwassenen, artikel 107. Moet dit al dan niet komen van de in het kader van artikel 107 voorziene afbouw van bedden?

Tijdens de raad van bestuur werd er ook een opmerking gemaakt over het kostenplaatje, het financieringssysteem. De vraag is of u een inschatting van kunt maken. Wat is uw aanbeveling?

Wat met het organisatiemodel dat het KCE voorstelt voor de acute bedden in het ziekenhuis?

Een andere vraag heeft betrekking op de systematische screening van de woonzorgcentra naar GGZ-problemen. Waarom gebeurt dat alleen daar? Moeten wij niet ook naar de spoeddiensten gaan kijken? Wij weten immers dat er ook daar veel probleemgevallen binnenkomen, en vaak zelfs mensen met een combinatie van problemen.

Het KCE is geen voorstander van een afzonderlijk netwerk. Dat neemt natuurlijk niet weg dat er een specifiek ouderenbeleid moet worden gevoerd zoals wij dat vandaag al hebben voor kinderen en jongeren binnen de GGZ. Moet er geen specifieke gids komen voor ouderen zoals wij die voor de anderen hebben? Wat mogen wij op dat vlak al dan niet verwachten?

Welk budget moet voor meer interventies thuis door de GGZ-diensten en de mobiele teams worden uitgetrokken? Dat wordt bij de kernboodschap alleen bij functie 1, 2 en 5 vermeld. Er zijn verscheidene boodschappen in het rapport opgenomen. Dus ook bij functie 3 en 4 is dat belangrijk.

De studie raakt zowel aan de bevoegdheden van de federale overheid als aan deze van de Gemeenschappen. Hoe zit dat? Wordt dit punt besproken tijdens de eerstkomende interministeriële conferentie?

Zal nog tijdens deze legislatuur werk worden gemaakt van een concreet beleids- en actieplan voor ouderen of gaat het veeleer om een startnota die voor een volgende legislatuur kan dienen?

07.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, dit zijn twee afzonderlijke vragen die niet bij elkaar horen.

Je vais d'abord répondre séparément à M. Frédéric, parce que ce sont des questions vraiment différentes.

Il existe actuellement 38 projets Protocole 3 conventionnés avec l'INAMI. Le budget annuel réservé pour ces projets s'élève à un total 12 277 000 euros. J'ai décidé de prolonger ce budget jusqu'en 2020 inclus. Cela signifie que nous allons nous donner le temps pour la décision. Le financement est assuré jusqu'à 2020 inclus. Ce n'est pas vraiment structurel, mais cela peut nous donner le temps.

La phase d'évaluation scientifique est clôturée. Le consortium interuniversitaire qui l'a réalisée a remis son rapport d'évaluation et ses recommandations. L'INAMI les a publiés sur son site internet au début de cette année.

Le rapport du consortium recommande de pérenniser des interventions à domicile, des *case management* d'ergothérapie et de suivi psychologique. Il s'agit des interventions pour lesquelles il disposait à la fois de données en nombre suffisant et de résultats positifs. À l'inverse, ce rapport n'évalue pas les projets comme Dionysos sur base individuelle et ne formule aucune recommandation à leur égard.

Le service des soins de santé de l'INAMI élabore un projet de convention destiné à financer ces trois types d'interventions au cours de la troisième phase des projets Protocole 3, entre le 31 août 2018 (fin de la convention actuelle) et le 31 décembre 2020, dans le cadre du budget réservé.

Le service a rencontré, le 27 avril 2018, les projets actuellement conventionnés pour leur présenter les résultats de la recherche scientifique, l'état actuel de la nouvelle convention ainsi que les perspectives de sa mise en œuvre et pour prendre note de leurs demandes.

Un appel sera lancé au sein des projets conventionnés afin d'identifier ceux qui souhaitent conclure cette convention et qui en remplissent les conditions.

Les projets qui dispensent d'autres types de soins pourront éventuellement continuer à le faire moyennant la conclusion d'un avenant à la nouvelle convention si ces soins sont effectivement dispensés dans le cadre de la convention actuelle, sous réserve de l'approbation des instances compétentes de l'INAMI.

Le projet Dionysos, comme tous les autres projets conventionnés, pourra introduire sa candidature pour conclure la nouvelle convention et demander éventuellement la prise en compte des soins spécifiques dans le cadre d'un avenant.

Enfin, je vous informe que la concertation avec les entités fédérées a lieu par l'intermédiaire du groupe de travail intercabinets "Maladies chroniques" au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. Ce dernier a récemment été consulté concernant certains aspects de la nouvelle convention.

Op de vragen betreffende de geestelijke gezondheidszorg voor ouderen kan ik antwoorden dat de interministeriële conferentie Volksgezondheid op 21 maart 2016 het protocolakkoord bekrachtigde met betrekking tot de vaststelling van de minimale dataset voor de gemeenschappelijke registratie in alle instellingen actief inzake geestelijke gezondheidszorg. Deze bekrachtiging houdt in dat alle overheden zich geëngageerd hebben om in hun regelgeving de verplichting in te schrijven om een gemeenschappelijke bevraging te lanceren in alle GGZ-voorzieningen. Een van de mogelijkheden om zo'n gemeenschappelijke registratie te realiseren, is de aanlevering van een minimale dataset vanuit BelRAI aan een aan de Belgische context aangepaste RAI Mental Health. Deze mogelijkheid wordt momenteel ook onderzocht door de interkabinettenwerkgroep.

Een financiële impactanalyse maakt geen deel uit van het onderzoeksproject, opgezet door het KCE. Het KCE geeft aan dat het geen aanbeveling heeft gedaan inzake afbouw of creatie van ziekenhuisbedden. Het stelt wel dat er voldoende aanbod moet zijn voor personen waarvoor gemeenschapsgerichte zorg — tijdelijk — niet mogelijk is. Wegens gebrek aan data heeft het KCE geen organisatie-model voorgesteld. De studie richt zich dan ook in de eerste plaats op gemeenschapsgerichte zorg en niet op de eventuele reorganisatie van de residentiële zorg. Het KCE richt zich in haar observaties en analyses in deze studie niet expliciet op de detectie van psychiatrische en psychologische problemen in spoeddiensten.

U weet dat ons land sedert 2011 inzet op GGZ-netwerken voor volwassenen en sedert 2015, dat is het eerste dat wij gedaan hebben binnen de interministeriële conferentie, op netwerken voor kinderen en jongeren. Twee respectievelijke gidsen zorgen voor het kader. De aansturing vindt plaats door een intense samenwerking tussen de federale overheid en de deelstaten.

De vraag of een gids voor ouderen noodzakelijk is, wordt behandeld door de IKW. Het KCE heeft de studie namelijk reeds voorgesteld, waarna is beslist om eventuele verdere stappen voor te leggen aan de volgende interministeriële conferentie Volksgezondheid.

Ten slotte geeft het KCE in haar studie niet aan dat er geen aandacht zou moeten uitgaan naar functies 3 en 4. Zo wordt functie 3, rehabilitatie, benoemd in kernboodschap 16, waar het belang wordt benadrukt om deel te blijven uitmaken van de samenleving.

07.04 André Frédéric (PS): Je remercie Mme la ministre pour sa réponse. J'ai pris bonne note qu'il y a donc le maintien jusque 2020 inclus du montant de 12 277 000 euros.

En ce qui concerne le cas particulier cité de Dionysos, ils pourraient poursuivre leur activité par un ajout à la convention?

07.05 Maggie De Block, ministre: Oui, par un avenant. Car ils ont aussi des fonctions différentes et cela pourrait être demandé dans un avenant.

07.06 André Frédéric (PS): Donc un ajout à la convention de départ.

07.07 Maggie De Block, ministre: Oui, c'est cela.

07.08 André Frédéric (PS): Donc ce n'est pas la liquidation automatique de...

07.09 Maggie De Block, ministre: Non, pas du tout! Je ne comprends pas.

07.10 André Frédéric (PS): D'accord. Je relayerai l'information et je vous en remercie.

07.11 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, er zal zeker op het dossier worden teruggekomen bij de opvolging van de KCE-studie en in het kader van de eerstkomende interministeriële conferentie.

Omtrent de specifieke gids voor ouderen zal ik u opnieuw ondervragen.

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

08 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "CVS" (nr. 24783)

08 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le SFC" (n° 24783)

08.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, mijn vraag dateert al van een paar maanden geleden.

Midden december 2017 heeft de Wake-Up Call Beweging, een belangenvereniging voor mensen die lijden aan het chronisch vermoeidheidssyndroom, een schriftelijke oproep gedaan aan de federale en de Vlaamse overheden. U heeft dit schrijven ook ontvangen. Met dat schrijven wordt aan de overheden gevraagd te erkennen dat de ziekten ME en CVS een organische basis hebben en dat het gezondheidsbeleid hierop dient te worden afgestemd.

Momenteel wordt in België de aandoening CVS in de praktijk nog steeds aanzien als een somatoforme stoornis, waarbij RIZIV-conventies voorzien in de terugbetaling van cognitieve gedragstherapie en graduele oefentherapie als bewezen behandelingen voor CVS. Een opmerkelijk gegeven is dat de bewijskracht voor deze behandelingen op verschillende niveaus door buitenlandse studies en onderzoeksinstituten in vraag

wordt gesteld. De reden hiervoor is dat heel wat van die studies twijfelen over het nut van de behandelingen omdat zij van slechte kwaliteit zouden zijn of niet de juiste selectiecriteria gebruiken. In 2008 reeds maakte het Belgische KCE melding van het feit dat de behandelingen niet altijd of onvoldoende werken.

Er is dus een probleem met ons huidig CVS-beleid, vooral omdat er onvoldoende centra zijn die de RIZIV-conventie hebben ondertekend.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen.

Klopt het dat er slechts 16 cognitieve gedragstherapeuten in ons land bereid zijn mee te werken aan de conventie die voorziet in ambulante zorg betreffende CGT en GET? Klopt het dat de Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen zich heeft verzet tegen de conventie omdat het protocol zou indruisen tegen de basisfilosofie van de cognitieve gedragstherapie?

Klopt het dat er slechts 1 erkend diagnosecentrum werkzaam is aan de KU Leuven terwijl er heel wat meer werden beloofd?

Bent u bereid in te gaan op de verzoeken van de Wake-up Call Beweging? Het gaat hierbij over een erkenning van ME en CVS als ziekten met een biologische basis. Zult u een nieuw plan uitwerken de rekening houdt met recente adviezen van de Nederlandse Gezondheidsraad die ME en CVS wel degelijk erkent als een chronische ziekte?

Ten slotte. Heeft de Wake-up Call Beweging ondertussen een antwoord van u gekregen? Op het moment waarop ik de vraag opstelde, was dat niet het geval, maar er zijn al wel wat maanden overheen gegaan, zodat u daar misschien wel positief op kunt antwoorden.

08.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, u spreekt over informatie die wij hebben gekregen op 11 december, maar bij mijn weten en dat van de Kamer is uw vraag maar aangekomen op 30 maart. Dat is meer dan drie maanden verschil. Ze is op 30 maart aangekomen en wordt vandaag beantwoord, ondanks de hoorzittingen en de krokus- en paasvakantie die daar nog tussen zijn gekomen. Dit is toch wel lang nadat de communicatie er is geweest.

Momenteel zijn er 31 cognitieve gedragstherapeuten die in hun privé-kabinetten behandelingszittingen realiseren voor die patiënten waarvoor een multidisciplinair diagnostisch centrum voor CVS de diagnose CVS heeft gesteld en een behandeling met cognitieve gedragstherapie heeft aangeraden. De Vlaamse Vereniging van Klinische Psychologen heeft inderdaad haar leden in 2014 ertoe opgeroepen geen aanvraag te doen om de zittingen te kunnen realiseren. De redenen die de vereniging hiervoor heeft opgegeven, hebben te maken met het bezwaar gebonden te zijn aan een bepaald behandelingsprotocol, maar ook met het tarief van 50 euro voor 50 minuten. Dat ligt volgens hen te laag. De vereniging heeft gevraagd om een vrij tarief te kunnen aanrekenen, maar omwille van de nood aan tariefzekerheid voor de patiënten werd hier niet op ingegaan.

Wat het protocol betreft, heeft de CBO uit Nederland in 2013 aanbevolen dat de therapeut een therapieprotocol dient te volgen dat in een klinische studie effectief is gebleken. Deze aanbeveling werd opgenomen in de overeenkomst met het centrum. Het centrum van het UZ Leuven heeft in overleg met de Vereniging voor Gedragstherapeuten eveneens een protocol opgesteld. Dat is inderdaad maar één centrum van de drie onder mijn voorgangster, dat deze overeenkomst heeft afgesloten. Zeven ziekenhuizen hebben zich in 2014 kandidaat gesteld, maar op één na, het UZ Leuven, hebben zij zich teruggetrokken op het moment waarop de overeenkomst van start zou gaan.

Zij waren er onder andere niet van overtuigd dat er voldoende therapeuten zouden zijn die aan de opleidingscriteria van de overeenkomst beantwoorden, met name een master in de klinische psychologie zijn en een postgraduaat over cognitieve gedragstherapie gevolgd hebben. De 31 therapeuten die door het RIZIV wel aanvaard zijn, beantwoordden wel aan deze voorwaarden.

Wat uw twee laatste vragen betreft, dient er, na afloop van de pilootfase van de overeenkomst op 31 augustus 2018, niet alleen een grondige evaluatie van de uitvoering van de overeenkomst te gebeuren door het centrum van het UZ Leuven maar ook opnieuw een objectieve wetenschappelijke stand van zaken opgemaakt te worden over wat er momenteel met voldoende zekerheid geweten is over CVS of de ME, met name de aard ervan, de diagnosestelling en de effectieve therapieën.

Deze opdracht is, op mijn verzoek, momenteel in uitvoering. Ik ga niet vooruitlopen op de uitkomst van deze evaluatie en de gevolgen voor het eventuele zorgmodel, maar uiteraard moet er rekening gehouden worden met de nieuwe richtlijnen die ook zeer recent in het buitenland zijn opgesteld en ook het onderwerp zijn van talloze wetenschappelijke ontmoetingen in het buitenland. Deze analyse dient objectief te gebeuren, rekening houdend met de verdeeldheid die er ook heerst over de beste aanpak van deze aandoening. Die verdeeldheid is er al de hele tijd. Vroeger heb ik er ook nog vragen over gesteld aan minister Vandenbroucke.

Bovendien plant het toonaangevende NICE uit het VK pas tegen 2020 een revisie van zijn richtlijnen over CVS. Andere instanties zijn daar nu al mee bezig.

Er komt dus inderdaad een evaluatie en een wetenschappelijk update aan. Deze zal mogelijk ook bijsturing vragen van het beleid. Intussen wordt er ook gehoor gegeven aan de patiëntenverenigingen die daarmee bezig zijn. De Wake-up Call Beweging is uitgenodigd geweest op het kabinet en er werd uitvoerig geantwoord op verschillende van hun vragen en verzuchtingen.

08.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik dank de minister voor haar uitgebreide antwoord.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 24790 van mevrouw Muylle, van mezelf dus, wordt omgezet in een schriftelijke vraag. Vraag nr. 24795 van mevrouw Van Hoof wordt uitgesteld

Mevrouw Dedry, u blijft dus aan het woord voor uw vraag over tandzorg.

09 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het tandzorgplan van Ecolo-Groen" (nr. 24814)

09 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le plan d'Ecolo-Groen concernant les soins dentaires" (n° 24814)

09.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Wij hebben een aantal voorstellen gelanceerd voor een meer toegankelijke tandzorg. Zo willen we de basistandzorg onder de 18 jaar echt gratis maken. We willen ook dat tandartsen zich bij die doelgroep aan de officiële tarieven houden. Verder willen we een derde-betalersregeling voor wie het moeilijk heeft, mondzorgcoaches voor mensen uit kansengroepen en verplichte offertes voor tandartsbehandelingen die meer dan 200 euro kosten. Patiënten stellen tandzorg namelijk soms uit omdat ze niet op voorhand weten wat het precies zal kosten.

We ijveren ook voor een betere terugbetaling voor kronen en voor orthodontie. Ook moet de terugbetaalde preventieve tandzorg, die nu voor risicogroepen bestaat, uitgebreid worden naar patiënten die herstellen van kanker.

We stellen ook voor om een digitaal mondzorgpaspoort in te voeren, dat samen met de huisarts beheerd wordt. Zo krijgt de huisarts ook een rol en kan hij de tandzorg beter opvolgen, zeker wanneer hij merkt dat de patiënt onvoldoende vaak naar de tandarts gaat.

Uiteraard moet het beroep van tandarts ondersteund worden en moet nagegaan worden of de huidige tarieven niet herbekeken moeten worden en moet er gezocht worden naar manieren om het beroep aantrekkelijker te maken.

Mevrouw de minister, wat is uw mening over deze verschillende voorstellen om iets te doen aan de tandzorg in ons land?

09.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Dedry, ik vestig er de aandacht op dat initiatieven inzake de verbetering van tandzorg gewoonlijk geregeld worden via het nationaal akkoord tandheelkundige verzekeringsinstellingen, beter gekend als het Dentomut-akkoord. Het lopend akkoord voor de jaren 2017 en 2018 bevat reeds een aantal initiatieven die deels tegemoet komen aan de verzuchtingen geformuleerd in het tandzorgplan van Groen.

Zo is er in een bedrag van 10,237 miljoen euro voorzien voor een betere terugbetaling van wat men moeilijke restauraties noemt bij kankerpatiënten en patiënten met anodontie met kronen, met bruggen en implantaten. Er is ook een betere toegankelijkheid tot chirurgische extracties bij patiënten onder een anticoagulantiabehandeling of met postoperatieve bloedingen en er is een herschikking van preventieve verstrekkingen bij minderjarigen.

Dat zijn kleine stappen in de betere terugbetaling, maar de budgettaire context noopt tot voorzichtigheid. Wij nemen die maatregelen één voor één, met een stappenplan.

De toegankelijkheid via de derde-betaler is mogelijk voor de verstrekkingen die niet onderworpen zijn aan een verbod van derde-betaler via de facultatieve derde-betaler. Voor een aantal zaken is dat dus nu al mogelijk, maar alleen als men niet onderworpen is aan een verbod. Het gaat dan om meer gespecialiseerde handelingen.

Het mondzorgtraject heeft aanleiding gegeven tot 10 % meer patiënten die naar de tandarts gegaan zijn in 2015, in vergelijking met 2014. Dat was een belangrijke stap, maar het kan natuurlijk altijd beter. Een tandartsbezoek is belangrijk en heeft ook een preventieve rol. De evaluatie van het mondzorgtraject is voorzien in het akkoord, met het oog op een volgehouden promotie ervan.

Uw voorstel voor de mondzorgcoach hoort meer thuis bij de gemeenschapsbevoegden, want het gaat om het opvoeden van kinderen, om hun tanden te poetsen, en het aansporen van mensen om met hun kinderen naar de tandarts te gaan. Over oudere mensen, waarvoor wij federaal wel bevoegd zijn, heb ik al vragen gekregen van mevrouw Gerkens, mevrouw Fonck en de heer Frédéric. Mondzorghygiënist hebben wij erkend als gezondheidsberoep. Zijn taken, weliswaar gedelegeerd door een tandarts, zijn onder andere het reinigen van tanden, het verwijderen van tandsteen en het maken van een soort *bilan*. Zij kunnen ook naar rusthuizen en gehandicapteninstellingen gaan. Een delegatie van die taken door de tandarts is mogelijk, gezien ook de schaarste aan tandartsen. De tandartsenquota zijn vastgesteld. Er wordt een inhaalbeweging gemaakt.

Ik maak uw voorstellen over aan de Nationale commissie tandartsen-ziekenfondsen. Misschien geeft hen dit de nodige inspiratie voor hun Dentomut-akkoord dat eind 2018 opnieuw moet worden onderhandeld? Vroeger gebeurde dit onder het voorzitterschap van de heer De Ridder. Ik vermoed dat dit nu door zijn opvolger zal worden gedaan.

09.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik was aanwezig op het afscheid van de heer De Ridder. U hebt toen trouwens een bijzonder humoristische speech gegeven.

Mevrouw de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik las vandaag het persbericht over de quota voor de tandartsen. Het is in elk geval erg belangrijk dat die quota voldoen aan de noden. Wat de quota betreft, hebt u wel degelijk mijn steun. Als men met tandartsen praat, voelt men toch ook dat dit een zwaar beroep is en dat een groot aantal goedmenende tandartsen afhaken. Ondersteunen van het beroep van tandarts lijkt mij dan ook belangrijk.

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

10 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de ziekenhuisfinanciering" (nr. 24821)

10 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement des hôpitaux" (n° 24821)

10.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is een vraag naar een stand van zaken.

Met de regelmaat van een klok verschijnen er nieuwe zaken in de pers over het verhogen van ereloonsupplementen en antwoorden van ziekenhuizen wanneer een of ander incident zich voordoet en zij niet anders kunnen omdat de ziekenhuisfinanciering niet goed is.

Ik weet dat u al grote stappen hebt gezet, waarbij de eerste de laagvariabele zorg is. Ik heb ook gelezen dat het KCE de hoogvariabele zorg niet zo simpel en evident vindt, maar ik meen dat het absoluut bijzonder

belangrijk is dat dit snel verder gaat.

Dit is dus een vraag naar de timing inzake de nieuwe ziekenhuisfinanciering.

Hoever staat u met de laagvariabele en de hoogvariabele zorg?

10.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, de toegankelijkheid ligt mij na aan het hart. Wij hebben in deze legislatuur al belangrijke stappen gezet inzake het terugdringen van de ereloonsupplementen. U weet dat er geen ereloonsupplementen meer mogelijk zijn in tweepersoonskamers, in dagopnames en bij klassieke hospitalisatie.

Bij het sluiten van de recente overeenkomst tussen artsen en ziekenfondsen — het medicomutakkoord dat geldt voor 2018 en 2019 en dat deels samenvalt met dat van de tandartsen — werd afgesproken dat zou worden onderzocht hoe er zowel voor de ereloonsupplementen als voor de afdrachten een standstill kan worden gerealiseerd.

Wij geven nu de kans aan de partners van de medicomutcommissie, artsen en ziekenfondsen, om tegen eind juni hierin ten volle hun verantwoordelijkheid te nemen in het belang van de patiënt. Als het over ereloonsupplementen gaat, zijn natuurlijk ook de ziekenhuizen daarbij betrokken. Via het systeem van de afdrachten vormen de ereloonsupplementen op dit moment een belangrijke bron van inkomsten voor veel ziekenhuizen. De ereloonsupplementen zonder meer afschaffen, is zwaar op korte termijn. Zoals ik al zei, ik meen dat wij er op termijn zullen komen als wij verder gaan met een andere ziekenhuisfinanciering.

Wat betreft de ziekenhuisfinanciering, verschillende werkpakketten zijn beland in de fase van wettelijke of reglementaire implementatie. In uitvoering van het regeerakkoord en van mijn plan van aanpak leg ik binnenkort twee belangrijke voorontwerpen aan de Kamer voor, die al in een eerste lezing in de Ministerraad zijn goedgekeurd. Het gaat om de klinische ziekenhuisnetwerken die de samenwerking tussen de ziekenhuizen zullen bevorderen en de nieuwe financiering van de laagvariabele zorg.

Dat wil zeggen dat voor de zorg voor eenzelfde patiëntengroep, dus voor patiënten die dezelfde diagnose of behandeling krijgen, vooraf een globaal prospectief bedrag wordt afgesproken. Ongeacht het ziekenhuis waar de patiënt wordt behandeld, zullen de kosten voor de patiënt en de overheid dezelfde zijn.

Andere werkpakketten zitten in een projectfase, zoals het u wel bekende project van verkort verblijf in het ziekenhuis bij bevalling, ofwel wordt de studiefase ervan beëindigd, zoals de ontrafeling van het budget van de financiële middelen van de ziekenhuizen. Verschillende werkpakketten zullen nog deze legislatuur worden geïmplementeerd, zoals de introductie van *pay for quality* in de ziekenhuisfinanciering. Andere werkpakketten worden in de volgende legislatuur voortgezet. Reeds bij de voorstelling van mijn plan van aanpak op 28 april 2015 heb ik gesteld dat de hervorming van de ziekenhuisfinanciering nooit in één legislatuur afgewerkt kon worden. Ik herinner u eraan dat Denemarken daar twintig jaar over gedaan heeft. Het is onze ambitie om al die werkzaamheden in twee legislaturen te kunnen afwerken.

Heel veel materiaal zal dus klaarliggen voor verdere implementatie. Zelf zal ik in het mij resterend jaar nog doen wat ik kan.

10.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik begrijp wel dat die oefening niet eenvoudig is, aangezien alles aan mekaar hangt. De vraag is wat wij moeten hopen in een volgende legislatuur: een andere minister of dezelfde minister om het beleid te kunnen voortzetten? Ik vraag mij af wat het beste is.

Het valt mij wel op dat u het voorbeeld van het verkort verblijf ook even aanhaalt. Na het laatste gesprek met uw kabinet, dat dateert van deze ochtend, zijn wij echter in grote vaagheid achtergebleven. Ik hoop dus dat u meer weet dan wat wij deze voormiddag mochten vernemen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: Collega's, het blijft immens moeilijk om de commissie vandaag georganiseerd te krijgen. Wij bellen voortdurend leden op. Zij zeggen dat zij zullen komen, maar vervolgens dagen zij toch niet op. Vanaf nu wil ik respect tonen voor de leden die wel aanwezig zijn. Samengevoegde vragen zullen dus aan bod komen, ook al is er slechts één van de indieners aanwezig. Een andere mogelijkheid is om de vragen uit te

stellen. De commissiesecretaris heeft al onophoudelijk rondgebeld. De telefoon wordt niet opgenomen of de leden komen niet opdagen. Op die manier kunnen wij niet goed voort werken.

Wij zijn toe aan de samengevoegde vragen onder agendapunt 19. Twee van de drie leden van deze samengevoegde vragen hebben om uitstel gevraagd. De vragen nrs. 24824 van mevrouw Fonck, 24836 van mevrouw Gerkens en 25061 van de heer Senesael worden uitgesteld.

10.04 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, on reporte une question si elle n'a pas déjà été reportée, je suppose? On garde la règle, n'est-ce pas?

La **présidente**: Oui oui, vous avez raison. Nous avons vérifié: ce n'est que jusqu'à la question 7 que toutes les questions étaient déjà reportées. Pour les autres questions c'est la première fois.

De cette façon, tout le monde a le droit de le faire. Je dois respecter le Règlement.

10.05 **André Frédéric** (PS): Ok, ça va, pas de problème.

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Annick Lambrecht aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het voortbestaan van de West-Vlaamse mughelikopter" (nr. 24828)

- mevrouw Nathalie Muylle aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de mughelikopter in West-Vlaanderen" (nr. 24832)

11 Questions jointes de

- Mme Annick Lambrecht à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le maintien de l'hélicoptère du SMUR en Flandre occidentale" (n° 24828)

- Mme Nathalie Muylle à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hélicoptère du SMUR en Flandre occidentale" (n° 24832)

11.01 **Annick Lambrecht** (sp.a): Mevrouw de minister, sinds 1986 wordt de mughelikopter uitgebaat door het Instituut voor Medische Dringende Hulpverlening te Brugge, een private vzw. De mughelikopter biedt een permanente beschikbaarheid tussen zonsopgang en zonsondergang, 7 dagen op 7. Vertrekkend vanuit zijn basislocatie, in het AZ Sint-Jan in Brugge, kan de mughelikopter binnen een tijdspanne van 15 minuten landen in heel West-Vlaanderen, een groot stuk van Oost-Vlaanderen en in Zeeland.

Het aantal interventies van de mughelikopter op jaarbasis loopt op tot 700 waarvan 85 % primaire interventies en 15 % transporten tussen ziekenhuizen. In tegenstelling tot de mugdiensten via de weg krijgt de mughelikopter geen federale subsidie. Nochtans betalen patiënten die meevliegen met de mughelikopter hetzelfde tarief als patiënten die met een ambulance worden vervoerd.

De jaarlijkse kostprijs van de mughelikopter loopt op tot 650.000 euro. De problemen rond de financiering slepen al jaren aan. De financiering gebeurt voor een belangrijk deel door de provincie West-Vlaanderen, maar dit wordt door verschuivende bevoegdheden steeds moeilijker.

De West-Vlaamse provincieraad stemde in januari unaniem voor een motie die een basisfinanciering eiste van de federale overheid. Naast de provincie dragen veel West-Vlaamse gemeenten en ook enkele Oost-Vlaamse randgemeenten jaarlijks bij. Ook het Nederlandse Sluis en Terneuzen betalen een jaarlijkse bijdrage. Daarnaast wordt een beroep gedaan op sponsoring, ook via individuele giften.

De mughelikopter heeft zijn nut bewezen. Door het inzetten van de mughelikopter worden jaarlijks gemiddeld 40 extra mensenlevens gered, dit zowel op plaatsen die moeilijk bereikbaar zijn door een slecht wegennetwerk als in zeer dicht bevolkte gebieden waar er veel verkeer is.

Mevrouw de minister, welke initiatieven zult u nemen om de West-Vlaamse mughelikopter in de lucht te houden?

11.02 **Nathalie Muylle** (CD&V): Dank u collega, voor uw vraag. Ik denk dat u de problematiek heel goed hebt geschetst. Het is een dossier dat in onze provincie leeft, zeker ook op het vlak van financiering en engagement van de provincie en gemeenten.

Al naargelang de bevolking doen deze een bijdrage die navenant is, ook in de financiering van de

mughelikopter. Ook bij onze lokale besturen is dit een dossier dat heel erg leeft omdat we in het kader van de dringende medische hulpverlening en de hertekening van het landschap dat daarbij gebeurt – zeker in West-Vlaanderen, ik denk aan de regio Diksmuide – met blinde vlekken zitten. Hierdoor wordt de mughelikopter als heel belangrijk gezien in het kader van die dringende medische hulpverlening.

Ik denk dat de vraag heel duidelijk is. Er is een vraag naar een federale financiering. Zoals collega Lambrecht zegt is dit unaniem gestemd door alle politieke partijen, zowel door meerderheid als oppositie binnen de provincie, met de vraag naar federale financiering.

Mevrouw de minister, ik weet dat u vorig jaar in het Zomerakkoord een nieuw plan Dringende Medische Hulpverlening hebt laten opnemen. Ik meen dat hiervoor 45 miljoen euro aan extra middelen werden uitgetrokken.

De vraag is hoe u de toekomst van die mugheli ziet. Mevrouw Lambrecht zei reeds dat het hier vooral gaat over primair vervoer, zeg maar spoedinterventies, en veel minder secundair transport zoals vervoer tussen ziekenhuizen. Hoe ziet u de toekomst? Ik meen te hebben gelezen in uw startnota voor bovenvermeld plan dat u het interhospitaal verkeer belangrijker vindt en daarvoor ook de helikopter zou willen inzetten, al dan niet gekoppeld aan een algemeen ziekenhuis. Er is sprake van een kostprijs van 650 000 euro, maar daarbij wordt geen rekening gehouden met de inzet van een ziekenhuis als Sint-Jan op het vlak van spoedartsen en -verpleegkundigen die meevliegen met die mugheli. Die kostprijs moet dus nog in rekening worden gebracht.

Moeten wij uit de startnota trouwens begrijpen dat u de helikopter ziet als een universitaire opdracht in het kader van de ziekenhuisnetwerken? Of kan dit worden toegekend aan een algemeen ziekenhuis zoals vandaag in Brugge het geval is?

Wij hadden graag uw mening gekregen en uw plannen met de helikopter, die toch een vrij grote emotionele waarde heeft want zelfs het tv-programma Helden in de lucht wordt eraan gewijd. Dit dossier kent volgens mij een vrij groot draagvlak in onze provincie. Ik had dan ook graag geweten hoe u de toekomst van die mugheli ziet.

11.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Lambrecht en mevrouw Muylle, het is niet de eerste keer dat wij hierover praten. Zoals ik reeds heb gezegd in oktober 2017, komt in mijn plan "niet-planbare zorg" de inzet van helikopters in ons Belgisch gezondheidssysteem aan bod.

Mevrouw Lambrecht, u zegt dat er tot nu toe geen federale financiering is, maar daarin vergist u zich want die financiering is er wel. Tot op heden wordt vanuit de federale overheid, in het kader van de proefprojecten, in de financiering voorzien van twee helikopters in ons land, de ene in het AZ Sint-Jan Brugge en de andere in Bra-sur-lienne van het CHU de Liège. Het gaat hierbij over twee keer 62 000 euro per jaar. Dit is het budget dat wij hebben binnen de gesloten enveloppe "niet-planbare zorg", dat voor die helikopters wordt uitgetrokken. Dit bedrag komt boven op de mugfinanciering die beide ziekenhuizen ook ontvangen.

De ervaringen met de proefprojecten vormen een interessante input voor de analyse die momenteel door mijn diensten wordt uitgevoerd. Op basis van de ontvangen rapportering over de projecten en internationale wetenschappelijke evidentie werden verschillende pistes geanalyseerd.

Zowel de inzet van helikopters voor dringende medische interventies als voor het secundair vervoer van patiënten tussen ziekenhuizen werd bekeken. Ook de omstandigheden waaronder helikopters kunnen worden ingezet en de specificaties voor ons land werden bestudeerd.

U zegt dat dat altijd kan, van zonsopgang tot zonsondergang. Dat klopt niet. Als er te veel wind is of te weinig zichtbaarheid, bij mist, regen of een sneeuwstorm lijkt het mij evident dat een helikopter dan niet kan vliegen. Men kan ook niet zomaar overal landen. Men is eens op een strand moeten landen, waarna de helikopter twee maanden buiten strijd was. Er is heel veel onderhoud aan een helikopter.

Hieruit kan men dus concluderen dat de helikopter niet zeven dagen op zeven beschikbaar is en zeker ook niet altijd van zonsopgang tot zonsondergang.

Uit de analyses, dat zijn objectieve cijfers, *facts en figures*, blijkt dat het inzetten van helikopters in ons land herbeschouwd dient te worden. Momenteel worden de helikopters hoofdzakelijk ingezet als een primair

interventiemiddel binnen de dringende geneeskundige hulpverlening.

De analyse geeft aan dat er voor ons grondgebied net een grote meerwaarde kan zijn voor de inzet van helikopters voor secundair interhospitaal transport over langere afstanden van patiënten met een tijdskritische aandoening. De inzet van de helikopter als primair middel in de dringende geneeskundige hulpverlening kan in bepaalde omstandigheden nuttig blijven, maar dan wel complementair aan de rest van de dringende geneeskundige hulpverlening.

U weet wel dat dit onder gesloten enveloppe gaat. Als wij dus meer middelen aan de helikopters geven, geven wij minder middelen aan mugs, PIT's en gewone ambulances.

Ik wil u er dus op wijzen dat in deze legislatuur het budget voor dringende geneeskundige hulpverlening met drie is vermenigvuldigd. Deze regering investeert dus veel. Het is ook de eerste keer dat er een geheel plan voor het landschap is gemaakt, gebaseerd op de interventietijden van een mug, een PIT of een ambulance.

We gaan in de nabije toekomst verder met de uitvoering van deze visie.

Ik behoud ook de huidige federale financiering van 62 000 euro. Ik kan ze evenwel niet optrekken tot zoals u voorstelt met een paar honderdduizend euro. Dat zou nalatig zijn ten opzichte van de rest van de operationalisering van het plan. Voor mij kan de financiering blijven bestaan, maar ik zal ze niet optrekken. Daar zullen wij toch rekening moeten houden met de evoluties op het vlak van de ziekenhuishervorming.

In 2018 wens ik mij nadrukkelijk en in eerste instantie te focussen op de hervorming van de grondmiddelen van de dringende geneeskundige hulpverlening. Zoals gezegd heb ik in deze legislatuur het budget van 26 miljoen op 74 miljoen euro kunnen brengen, waarmee we aan de slag kunnen gaan. Eerst komt dus de hervorming van de dringende geneeskundige hulp voor grondmiddelen en eens die op het terrein is uitgebouwd, zal worden geanalyseerd waar helikopters complementair aan de organisatie van de grondmiddelen het efficiëntst en effectiefst kunnen worden ingezet.

We hebben al laten berekenen welke middelen we daarvoor nodig hebben. Eén standplaats blijkt genoeg voor ons land, maar we hebben wel meerdere helikopters en bijgaande staf nodig. Er zijn bijvoorbeeld ook lange onderhoudsperiodes van doen. Die oefening is al gestart, maar *first things first*. Het ging om een proefproject en dit doet daar geen afbreuk aan.

De hervorming van de dringende geneeskundige hulpverlening aan de grond is ook voor de andere gebieden in ons land belangrijk. Daar kan ik meer middelen aan besteden dan aan de helikopters, we praten dan over heel andere grootteordes van noodzakelijke investeringen. Dat gaat dan om honderdduizenden euro. Ik moet daar pragmatisch in zijn en het moet financieel haalbaar zijn.

11.04 Annick Lambrecht (sp.a): Mevrouw de minister, het is heel wat maar ik hoor dat er nu een analyse bezig is en dat er rapportering komt. Aan de andere kant meen ik toch al enigszins te begrijpen dat er inzake de besluitvorming geen goed nieuws op komst is voor de mugheli. Ook al moet de rapportering nog komen, toch zegt u nu al dat u het bedrag van 62 000 euro niet zult optrekken. Ik begrijp niet hoe u dat al kunt zeggen als de rapportering nog niet klaar is. U zegt nu ook al dat er maar één standplaats meer komt. Dat betekent...

11.05 Minister Maggie De Block: Ik zeg dat ik in afwachting van die studie de middelen wel blijf geven maar ze niet optrek. Dat klopt. Verder zeg ik dat er ook al een onderzoek loopt om na te gaan waar er in ons land nood zou zijn aan dringende geneeskundige hulpverlening via de lucht. Daarbij bleek dat dit daar waar het nu gebruikt wordt niet echt nodig is omwille van het feit dat ambulances, PIT's en mugs, een goede bereikbaarheid hebben. Ze moeten trouwens ook vaak bijkomend ingezet worden als die helikopter opstijgt want die kan gewoon niet overal landen of opstijgen. Meestal moet de patiënt nog van en naar de helikopter worden vervoerd door het andere ziekenvervoer.

Daarover is dus een studie lopende waarin men zegt dat één helikopterstandplaats in ons land het hele grondgebied zou kunnen dekken. Daar zouden dan wel meerdere helikopters aanwezig moeten zijn omdat ze niet constant in de lucht kunnen zijn. Dat kan gewoon niet. Het zijn fragiele toestellen die vaak en langdurig onderhoud nodig hebben. Dat is dus wat daar allemaal in wordt onderzocht.

In het secundair ziektevervoer zullen ze een andere rol spelen, maar om te weten wat die andere rol zal zijn,

moeten wij eerst de uitrol hebben van het plan voor dringende geneeskundige hulpverlening.

Heb ik voor u Chinees gesproken? Ik dacht dat dit toch duidelijk was. Maar u recapituleert en zegt andere zaken en dat kan ik niet laten gebeuren.

11.06 Annick Lambrecht (sp.a): Mevrouw de minister, kan ik straks het antwoord meekrijgen op papier, zodat er zeker geen misverstanden zijn?

Ik meende gehoord te hebben dat die 62 000 euro voorlopig blijft en dat er wordt gekeken naar één standplaats voor de toekomst. De belangrijkste vraag daaromtrent is wanneer er zekerheid komt. Wat is de timing? Wanneer zullen wij met volle zekerheid de mensen die met deze diensten bezig zijn kunnen zeggen wat de besluiten zijn van de rapportering? Is dat iets voor dit jaar? Of is dat iets dat nog langer zal duren?

11.07 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, dit is een heel gevoelig en emotioneel dossier. Het is ook een dossier van heel veel believers. Onlangs werd in Heuvelland nog een kindje gered waar de mug niet op tijd was ...

11.08 Minister Maggie De Block: Emotie is één zaak, analyse en data zijn een andere zaak. Ik begrijp de emotie, maar hier overstijgt de emotie de nuchtere analyses.

Men heeft mij reeds gesignaleerd dat er pannenkoeken werden verkocht. Ik vind dat allemaal heel goed. Dergelijke toffe zaken gebeuren vanuit een buikgevoel in de gemeenschap. Maar bij mij gaat het niet over de opbrengst van een verkoop van pannenkoeken, het gaat om enkele honderden miljoenen euro.

11.09 Nathalie Muylle (CD&V): Mevrouw de minister, u bent het nu ook op flessen aan het trekken. Er is inderdaad een pannenkoekenverkoop geweest en die zal slechts voor een fractie bijdragen aan de middelen.

Wij stellen vandaag vast dat naast de federale financiering de rest grotendeels wordt gedragen door de provincie, die voor 115 000 euro financiert, en door de steden en gemeenten. Mijn stad financiert vandaag ook 8 000 euro in dit project, net zoals 49 andere steden en gemeenten in West-Vlaanderen, die dit ook mee financieren. En dat komt omdat heel veel lokale besturen en burgemeesters de noodzaak zien van dringend medisch vervoer. West-Vlaanderen is op dat vlak geen gemakkelijke provincie. Ook u kent de dossiers over PIT en mug aan de Kust. Ook daar zijn er vragen in het kader van de bereikbaarheid.

Ik begrijp hieruit dat u het niet zult verbieden, dus u behoudt het proefproject en de 62 500 euro aan federale financiering. Ik heb ook duidelijk begrepen dat voor u de klemtoon ligt op interhospitaal, op het secundaire. Het cijfermateriaal toont dat ook aan. Men moet kijken naar één standplaats, en die zal er dan komen in functie van het secundaire vervoer.

Ik denk dat ook dit dossier zeker meegenomen wordt naar de volgende legislatuur. Uit uw antwoord leer ik wel dat we de huidige bestaande situatie kunnen bestendigen.

11.10 Minister Maggie De Block: Inderdaad.

Mevrouw Lambrecht, inzake de timing heb ik gezegd dat wij heel 2018 bezig zullen zijn met de implementatie van de hervorming van de grondmiddelen van de dringende geneeskundige hulpverlening. Pas als dat gebeurd is, kunnen we een stap verder zetten, opnieuw op basis van cijfers van interventietijden, enzovoort, om na te gaan waar er eventueel nood is aan het inschakelen van vervoer in de lucht. Tot dan blijft onze financiering lopen en tot dan blijven de twee huidige standplaatsen voor helikopters bestaan.

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

12 Samengevoegde vragen van
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van de huisartsenwachtposten" (nr. 24838)
- de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de hervorming van het systeem van de huisartsenwachtposten" (nr. 25358)

12 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir des postes de garde des médecins généralistes" (n° 24838)

- M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la réforme du système des postes médicaux de garde" (n° 25358)

12.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, dit is mijn belangrijkste vraag van deze namiddag, zeker na het artikel dat, toevallig of niet, vandaag verscheen in *De Morgen*, over de huisartsenwachtpost in Leuven, die ik overigens zeer goed ken en die mij na aan het hart ligt. Ik ben blij dat deze vraag vandaag aan bod kan komen.

U ontving reeds een bezorgde brief van de wachtpost Vlaanderen en ik deel hun bezorgdheden. Er is een constructieve participatie aan werkgroepen op beleidsniveau. Dat is geen probleem, maar er blijven nog heel wat vragen over rond de geplande hervorming, zeker wat de timing betreft, zoals nu ook blijkt uit de hulpkreet vanuit de Leuvense en andere wachtposten.

Huisartsen vrezen onvoldoende vertegenwoordiging in het nieuw begeleidingsplatform nu de werkgroep medicomut huisartsenwachtposten is opgeheven. Zij ervaren nu al onvoldoende expertise op het terrein, terwijl die in de werkgroep wel aanwezig was. Zij kaarten ook de schaalvergroting aan. Vanaf een bepaalde schaalgrootte is er geen efficiëntiewinst meer, zoals blijkt uit de praktijk. De voordelen wegen dan immers niet op tegen de nadelen. De financiering baart hun ontzettend veel zorgen.

Wachtposten Vlaanderen heeft een zeer uitgebreide visienota gemaakt in 2017, die zeer goed uitgewerkt was en waarmee duidelijk niet over één nacht ijs gegaan is.

Ik ben het met u eens dat de hervorming van de wachtposten synchroon moet verlopen met de hervorming van de spoedgevallendiensten, maar dan moet er wel een duidelijk sluitsysteem zijn waardoor de patiënt altijd terechtkomt op het echelon waar hij thuishoort en het oneigenlijke gebruik van de spoeddienst voor eens en voor altijd onmogelijk wordt en zorgverstrekkers van spoed- en wachtpost coherent en met respect voor elkaar kunnen samenwerken.

Mevrouw de minister, om welke reden hebt u de werkgroep medicomut opgeheven, terwijl juist daar veel kennis van het terrein aanwezig was?

Hoe ziet u de vertegenwoordiging in het begeleidingsplatform niet-planbare zorg? Welke garanties hebben de huisartsen dat hun expertise van de wachtposten zich in een permanente vertegenwoordiging vertaalt? Ik heb begrepen dat zij nu een occasionele, maar nog geen permanente vertegenwoordiging hebben.

Binnen welke termijn zult u de transformatie definitief op het spoor zetten? Gelet op de noodkreten te velde, is dit een heel belangrijke vraag.

Op welke wetenschappelijke criteria baseert u zich om een schaalvergroting door te voeren om efficiëntiewinsten te realiseren? Moet er daarbij geen onderscheid gemaakt worden tussen dag en nacht en rekening gehouden worden met rurale gebieden?

Volgt u de klacht inzake structurele onderfinanciering, aangezien er nu op het terrein heel veel wordt bijgesprongen, niet met een pannenkoekenslag, maar wel in de huisartsenkringen en met eigen middelen en bijdragen?

Bent u het eens met de aanbevelingen in hun visienota, waar heel wat interessante zaken in staan?

Er zijn nog blinde vlekken. Hebt u een plan om die weg te werken? Welke middelen wilt u daarvoor inzetten?

Hoe wilt u de hervorming van de spoedgevallendiensten en van de huisartsenwachtposten optimaal op mekaar afstemmen, zodat er echt een betere samenwerking komt tussen eerstelijnszorg en tweedelijnszorg?

Welke garanties zult u inbouwen zodat de goedbedoelde experimenten rond de 1733-centrales niet resulteren in veredelde telefooncentrales? Zonder een duidelijke echelonnering en sluitsysteem blijft de valkuil "vrijheid en blijheid is troef" bestaan.

Ervaart u verschillen tussen Wallonië, Brussel en Vlaanderen in dit dossier? Zo ja, welke? Op dat vlak meen ik een en ander begrepen te hebben van huisartsen uit het Vlaams landsgedeelte. Hoe wilt u die verschillen overbruggen?

12.02 Benoît Piedboeuf (MR): Bonjour madame la ministre. Je ne veux pas rajouter de l'huile sur le feu, mais on sent que ce sont des dossiers qui échauffent beaucoup de monde.

Simplement, j'avais posé une question écrite sur l'ouverture des postes médicaux de garde la nuit en semaine et vous aviez répondu à l'époque qu'un groupe de travail se penchait sur la réforme des honoraires de disponibilité des médecins. Cela avait d'ailleurs donné l'idée à des médecins en province du Luxembourg de reconverter les honoraires de disponibilité pour payer les gardes de nuit, or ils sont en dehors de la légalité.

Les moyens dégagés par la réforme devaient être investis dans l'ouverture des postes médicaux de garde en semaine. Le groupe devait également développer une vision sur les prestations de garde en semaine effectuées dans un poste de garde.

Les travaux du groupe de travail devaient être finalisés en décembre 2016. Face à la pénurie répétée, en zone rurale notamment, qu'en est-il aujourd'hui de ces moyens dégagés? Madame la ministre, pourriez-vous nous dire où nous en sommes dans l'ouverture des postes médicaux en semaine? Je sais que vos services et vous-même travaillez sur le sujet, mais comme ça s'excite tout le temps, de temps en temps on a besoin de savoir comment avancent les travaux. Merci.

12.03 Minister Maggie De Block: Collega's, ik heb de bezorgdheden van Wachtposten Vlaanderen vandaag ook gelezen. Dat wordt besproken met mijn diensten. Naar aanleiding onder meer hiervan heb ik al in april een nota voorgelegd aan de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen. Daarin werd een aantal elementen van het beleid en de operationalisering verduidelijkt. Met deze nota wordt er constructief verder gewerkt. Ik licht graag nog even de grote lijnen toe, met specifieke aandacht voor uw bezorgdheden.

Wat betreft de visienota van 2017, ik was heel blij daar 19 van onze punten in te herkennen nadat we die met hen besproken hadden. Wat dat betreft meen ik dus dat we op een lijn zitten.

Teneinde een geïntegreerd systeem van niet-planbare zorg tot stand te brengen in ons land beoog ik inderdaad een nieuw beleid voor de huisartsenwachtposten. We werken nu aan een regelgevend kader om de werking, de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van alle wachtposten te uniformiseren. De toegang tot de huisartsenwachtpost zal fysiek kunnen of via het eenvormig oproepnummer 1733 mogelijk zijn. De toegang tot de 1733-centrales wordt op een soortgelijke wijze georganiseerd, complementair en in synergie met het 112-systeem.

Getrainde medische dispatchers in de 1733-centrales verwijzen de burger op basis van een triage naar aard en ernst van de zorgnood op basis van eenvormige protocollen door naar het meest geschikte zorgaanbod. Het betreft dan zowel de tijd als de plaats. Men kan de instructie krijgen om meteen naar spoed te gaan of om een mug of ambulance te bellen. Men kan ook doorverwezen worden naar een huisartsenwachtpost of de instructie krijgen om de dag nadien de gewone huisarts te raadplegen. Er zijn immers tal van voorbeelden waarbij mensen enigszins panikerden, ook bij de 112. Dan moet er goede raad gegeven worden via eenvormige protocollen.

Samen met de beoogde standaardisering van het organisatiemodel van de huisartsenwachtdienst wordt ook de financiering van het systeem herbekeken met het oog op een verhoogde transparantie maar ook meer standaardisering en effectiviteit. De financiering van deze wachtdienst gebeurt afzonderlijk en gescheiden van de financiering van de huisartsenkringwerking. Die laatste valt ook niet langer onder de bevoegdheid van de federale overheid.

Boven op de honoraria wordt in 2018 ongeveer 25 miljoen euro besteed aan de organisatie van de huisartsenwachtposten. Het is voor mij belangrijk dat dit bijkomende budget zo efficiënt mogelijk wordt ingezet. Daarvoor wordt een uniform financieringsmodel uitgewerkt waarbij onder meer wordt ingezet op schaalvoordelen. Het vervoer, de rijdende wacht, is bijvoorbeeld een fundamenteel onderdeel van de wachtpostwerking. De kostprijs van de organisatie van dat vervoer maakt een groot deel uit van de totale kosten van een wachtpost. Door wachtposten te groeperen op bepaalde momenten van de dag ontstaat de mogelijkheid om het vervoer ook op een grotere schaal te organiseren en efficiëntiewinsten te boeken.

Een registratie van de wachtactiviteit dient toe te laten de financiering van de huisartsenactiviteit in het kader van de niet-planbare zorg verder te bekijken. Daarvoor is het noodzakelijk dat er constructief wordt meegewerkt aan het verzamelen van die voor een verbetering van het beleid noodzakelijke gegevens.

Om de gecoördineerde uitrol van de hervorming van de huisartsenwachtdienst te verzekeren, werd een interadministratieve cel opgericht waarin de FOD Volksgezondheid en het RIZIV samenwerken om het juridische en operationele kader van de hervorming te implementeren en de operationalisering te coördineren. Die interadministratieve cel wordt daarin bijgestaan door de regionale coördinatoren, die de wisselwerking met het terrein dienen te verzekeren en van hun kant hun expertise moeten inbrengen. De expertise van de wachtposten wordt dus door de regionale coördinatoren in de interadministratieve cel ingebracht.

Er is tevens voorzien in een begeleidingsplatform met vertegenwoordigers van het werkveld. Dat platform bevat telkens drie vertegenwoordigers van respectievelijk de verzekeringsinstellingen, de huisartsenbank van de Nationale Commissie Artsen-Ziekenfondsen en de Nationale Raad voor de Dringende Geneeskundige Hulpverlening. Indien het nodig wordt geacht, kunnen ook nog ad-hocexperten voor bepaalde agendapunten worden uitgenodigd. Het begeleidingsplatform zorgt voor de nodige input vanwege het werkveld bij de implementatie van het juridische kader en de uitwerking van de operationalisering.

Er zijn nog blinde vlekken. Voor elke blinde vlek op de landkaart zal worden bekeken wat de best mogelijke strategie is om voor het betrokken gebied in een wachtpostwerking te kunnen voorzien, door het oprichten van nieuwe initiatieven en de reorganisatie van bestaande initiatieven. Een reorganisatie kan bijvoorbeeld een uitbreiding zijn van het aantal gemeenten dat deelneemt of van het grondgebied waarvoor men instaat.

Wij menen dat wij binnen de vier jaar eindelijk het volledige grondgebied zullen kunnen bestrijken met een nieuw model van huisartsenwachtdienst

Monsieur Piedboeuf, en ce qui concerne votre question sur l'ouverture de postes médicaux de garde en semaine, comme je l'ai déjà dit, ma priorité est de réaliser l'organisation des postes de garde pendant le week-end et de l'élargir ensuite aux autres jours de la semaine. Mais il faut d'abord que ce soit possible d'organiser cela dans tout le pays. Actuellement, il y a des régions dans lesquelles il n'y a aucun poste de garde et des régions dans lesquelles il y en a plusieurs de très petite taille.

L'accord national médico-mutualiste 2018-2019 prévoit que le SPF Santé publique et la Commission nationale médico-mutualiste formulent des propositions conjointes dans le courant de l'année 2018 concernant les postes de garde pendant la nuit. J'attends les résultats de ces discussions pour prendre une décision sur l'activité pendant la nuit les jours de semaine.

12.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, u hebt niet geantwoord op mijn vraag over een aantal wachtposten dat een structurele onderfinanciering ervaart.

12.05 Minister Maggie De Block: Ik heb gezegd dat dit ter bespreking ligt. Ik ga geen advies vragen of vragen aan de diensten dat zij een vergadering beleggen, maar nu toch al een antwoord geven.

12.06 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Maar zij zijn al jaren bezig. Onder andere in Leuven, waar ik de situatie goed ken, is men altijd een voortrekker geweest, doet men mee met projecten, met de experimenten rond het 1733-nummer, en daar zit men met een structureel tekort van 100 000 euro op jaarbasis; men legt ook uit hoe dat komt. Het duurt dus allemaal erg lang en het water staat hen blijkbaar aan de lippen. Er zijn nog een aantal wachtposten die zich daarbij aansluiten. Men heeft het gevoel niet goed vertegenwoordigd te zijn en zonder expertise te zitten omtrent de wachtposten zelf. Het is niet omdat men huisarts is op de bank van een bepaalde conventiecommissie dat men ook iets kent over wachtpostorganisatie. Ik hoop dat u dit ter harte wilt nemen.

12.07 Benoît Piedboeuf (MR): Merci pour votre réponse madame la ministre. Je comprends évidemment qu'il faut planifier l'ensemble du territoire.

Il est toujours frustrant pour ceux qui bossent déjà dans des postes médicaux depuis quelques années, qui les ont mis au point et qui constatent un besoin, de devoir attendre, surtout qu'ils ont fait la démonstration économique qu'il y avait moyen d'économiser de l'argent si on leur permettait d'affecter les honoraires de

disponibilité aux gardes de nuit.

Ils attendent et ils attendront encore, mais ils espèrent ne pas devoir attendre encore trop longtemps.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

13 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des hygiénistes bucco-dentaires" (n° 24840)

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des hygiénistes bucco-dentaires" (n° 25090)

- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la reconnaissance des hygiénistes bucco-dentaires" (n° 25243)

13 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de mondhygiënisten" (nr. 24840)

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de mondhygiënisten" (nr. 25090)

- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van mondhygiënisten" (nr. 25243)

13.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la présidente, madame la ministre, depuis le dépôt de la question, nous avons eu l'occasion d'entendre, dans cette commission, les représentants des différentes professions de l'art dentaire. Nous avons reçu quelques éléments de réponse à la question depuis le terrain. Néanmoins, je voulais maintenir ma question pour deux de ses dimensions.

Un lien est fait entre cette reconnaissance des hygiénistes bucco-dentaires, dans le but de prêter des soins préventifs aux côtés des dentistes, et le fait que les dentistes sont trop peu nombreux pour rencontrer les besoins de soins.

Nous avons entendu des représentants des hautes écoles, qui auront pour mission de former ces hygiénistes bucco-dentaires.

Madame la ministre, quelles seront les compétences exigées de la part des praticiens de cette nouvelle profession? Le lien entre le nombre limité de dentistes et la reconnaissance d'une nouvelle profession d'hygiéniste bucco-dentaire est-il établi? Cela aura-t-il une influence sur le nombre de dentistes et les quotas INAMI envisagés pour l'avenir?

Je suis assez étonnée de la reconnaissance de cette profession alors qu'une autre profession demande depuis longtemps à être reconnue. À un certain moment, vous vous étiez exprimée favorablement, et ils étaient cités dans la "marguerite" présentée en septembre 2016. Il s'agit des denturistes.

Je sais que des avis négatifs ont été exprimés par le Conseil de l'art dentaire. Cependant, ces prestataires de soins ont une formation de base dans une profession actuellement reconnue (les techniciens dentaires). Ils ont une formation complémentaire pratique, de terrain. Ils réalisent des prothèses amovibles, et pour cela, ils travaillent dans la bouche du patient, complémentairement aux dentistes. Il y a une résistance des dentistes face à l'idée que d'autres professionnels pourraient intervenir dans la bouche des patients. Or, l'assistant hygiéniste bucco-dentaire, lui, pourra le faire.

Madame la ministre, comment vous positionnez-vous dans ce dossier? J'essaie de comprendre ce qui fait que certaines reconnaissances se font et d'autres pas. Je ne perçois pas les critères objectifs de la chose.

13.02 **André Frédéric** (PS): Madame la ministre, dans le même ordre d'idée, un arrêté royal publié le 30 mars dernier acte la reconnaissance des hygiénistes bucco-dentaires. L'objectif, comme on vient de le dire, est que cette nouvelle profession vienne en support des dentistes pour effectuer notamment toute une série de soins préventifs. Selon vos dires, les temps d'attente pour avoir un rendez-vous chez un dentiste, et cela a été confirmé lors des auditions, sont actuellement trop longs et cette nouvelle profession permettra d'apporter une solution au problème.

Madame la ministre, vous vous êtes à de nombreuses reprises exprimée au sujet de formations qui débutaient à tort, selon vous, avant même la reconnaissance de la profession. Nous voyons dans ce cas que cette formation débutée en Flandre il y a plusieurs années a finalement été reconnue sans problème.

Pourquoi la délégation d'actes a-t-elle pu être prévue pour les hygiénistes alors qu'elle semble inenvisageable pour les denturistes? Où en est votre réflexion dans ce cadre?

Lorsque vous évoquez les temps d'attente chez les dentistes, n'estimez-vous pas plutôt nécessaire de revoir le système de contingentement à leur égard?

Comment envisagez-vous concrètement l'articulation du travail entre ces hygiénistes et les dentistes?

Qu'en sera-t-il du remboursement des prestations des hygiénistes? Un budget spécifique leur sera-t-il consacré? Mais surtout, qu'en sera-t-il du remboursement de ces prestations pour les patients?

13.03 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, monsieur Frédéric, permettez-moi tout d'abord de vous rappeler les initiatives législatives qui ont déjà été prises en 2017 et en 2018:

- l'ajout des soins bucco-dentaires à la liste des professions paramédicales par l'arrêté royal du 20 février 2017 modifiant la liste des professions paramédicales;
- l'introduction dans la loi du 11 août 2017 portant des dispositions diverses en matière de santé de la possibilité pour un praticien de l'art dentaire de déléguer certains actes à un praticien de l'art infirmier et aux professions paramédicales;
- la fixation du titre professionnel, des critères d'agrément ainsi que des actes de profession d'hygiéniste bucco-dentaire par l'arrêté royal du 28 mars 2018.

L'hygiéniste bucco-dentaire doit détenir un diplôme de bachelier correspondant aux critères repris dans l'arrêté royal du 28 mars 2018 en termes de théorie, de pratique et de stages.

Les étapes suivantes sont prévues cette année encore: la publication des arrêtés royaux relatifs au lancement de la procédure d'agrément des hygiénistes bucco-dentaires; la modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 fixant les prestations techniques de l'art infirmier; l'analyse d'un éventuel remboursement des prestations de l'hygiéniste bucco-dentaire, qui peut éventuellement se faire à un stade ultérieur.

La profession d'hygiéniste bucco-dentaire est déjà reconnue dans plusieurs pays européens. Tout hygiéniste bucco-dentaire venant de l'étranger qui souhaite exercer en Belgique devra introduire une demande d'agrément auprès d'une des Communautés. Cela est faisable dans le lancement de la procédure d'agrément. Afin de pouvoir obtenir un agrément et un visa, l'hygiéniste bucco-dentaire étranger doit également remplir les conditions décrites dans l'arrêté royal du 28 mars 2018.

L'hygiéniste travaille étroitement avec les praticiens et spécialistes de l'art dentaire, les médecins spécialistes en stomatologie, mais aussi parfois en chirurgie orale et en chirurgie maxillo-faciale. Une grande partie des prestations sont effectuées sur prescription d'un médecin ou d'un dentiste, ou bien sont confiées à un hygiéniste bucco-dentaire. L'hygiéniste bucco-dentaire peut, entre autres, être actif en première ligne dans un cabinet dentaire mais également dans les hôpitaux, centres d'hébergement et de soins, établissements pour les personnes âgées, handicapées, etc.

En ce qui concerne les denturistes, une demande d'avis avait été adressée au Conseil fédéral des professions paramédicales, ainsi qu'au Conseil de l'art dentaire siégeant au sein du SPF Santé publique. Néanmoins, ces conseils consultatifs ont émis un avis défavorable, dûment motivé, à la proposition de créer une profession supplémentaire pour des actes relatifs aux prothèses dentaires amovibles. Je me range derrière cet avis.

Le scénario développé par la Commission de planification intègre déjà comme paramètre l'arrivée des hygiénistes bucco-dentaires du côté néerlandophone puisque c'est uniquement dans cette Communauté que cette filière est déjà organisée. Si la Communauté française organise une filière identique, elle sera bien entendu intégrée dans les prochains scénarios.

Je vous invite à consulter le site du SPF Santé publique qui reprend cet avis dans lequel est détaillé l'ensemble de la méthodologie utilisée.

Un prochain couplage de données allant de 2004 jusqu'à 2016 qui permettra la publication d'un rapport "Dentistes sur le marché du travail", est prévu pour la fin de l'année. Il sera suivi de nouveaux scénarios qui favoriseront la prise en compte de l'évolution de l'offre et des besoins, ainsi que la fixation des quotas pour les années suivantes. C'est uniquement sur la base d'une analyse précise de données actualisées que de nouveaux quotas seront élaborés.

La Commission de planification mène un travail scientifique et rigoureux, grâce auquel les quotas peuvent être déterminés. Sur cette base, les places de stage – qui ont déjà été augmentées – seront attribuées annuellement.

Je ne peux pas anticiper le prochain avis de la Commission de planification, qui sera rendu à l'issue de l'actualisation des données nécessaires.

13.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie de vos réponses.

Certes, un avis positif a été rendu, reconnaissant ces professionnels de la santé. Je partage néanmoins le constat de mon collègue André Frédéric. Une formation a été entreprise avant cette reconnaissance, et l'on trouve cette situation normale alors même que la formation n'est pas étendue dans le pays à d'autres professions qui se sont développées, en particulier, en zone francophone. Dans ce dernier cas, on estime même qu'elle ne pouvait être organisée avant que ces activités ne soient reconnues. C'est assez désagréable et inéquitable.

S'agissant des denturistes, un avis négatif a en effet été rendu par le Conseil de l'art dentaire. Quand on examine le processus de décision, on doit toutefois admettre son manque de clarté, qui témoigne d'un refus d'examiner le sujet.

Madame la ministre, je me pose une véritable question, à laquelle il importe de réfléchir sérieusement avec les dentistes et les techniciens dentaires des laboratoires. Ceux qui, parmi ces derniers, se spécialisent dans les prothèses amovibles en vue de devenir denturistes bénéficient de la même formation que les autres techniciens dentaires et offrent à des personnes aux revenus très modestes – dont la mâchoire est durcie en l'absence de prothèse – des prothèses de qualité à des prix accessibles.

Selon moi, si l'on persiste dans le refus de reconnaître cette profession, c'est afin de préserver le profit économique des dentistes et des techniciens dentaires de laboratoire. Je vous invite donc, madame la ministre, à enquêter sur cette question et à forcer le Conseil de l'art dentaire à évoluer.

13.05 André Frédéric (PS): Madame la présidente, je remercie la ministre pour sa réponse et je partage l'entière de la réplique de ma collègue, Muriel Gerkens.

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

De **voorzitter**: Vragen nrs. 24983 en 24984 van mevrouw Galant worden op haar verzoek uitgesteld.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 16.28 uur.
La réunion publique de commission est levée à 16.28 heures.*