

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

COMPTE RENDU INTEGRAL
AVEC
COMPTE RENDU ANALYTIQUE TRADUIT
DES INTERVENTIONS

INTEGRAAL VERSLAG
MET
VERTAALD BEKNOPT VERSLAG
VAN DE TOESPRAKEN

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES
CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE
KANSEN

Mardi

19-07-2022

Matin

Dinsdag

19-07-2022

Voormiddag

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

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

<i>Publications officielles éditées par la Chambre des représentants</i>	<i>Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers</i>
<i>Commandes :</i>	<i>Bestellingen :</i>
<i>Place de la Nation 2</i>	<i>Natieplein 2</i>
<i>1008 Bruxelles</i>	<i>1008 Brussel</i>
<i>Tél. : 02/ 549 81 60</i>	<i>Tel. : 02/ 549 81 60</i>
<i>Fax : 02/549 82 74</i>	<i>Fax : 02/549 82 74</i>
<i>www.lachambre.be</i>	<i>www.dekamer.be</i>
<i>e-mail : publications@lachambre.be</i>	<i>e-mail : publicaties@dekamer.be</i>

SOMMAIRE

Question de Sofie Merckx à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction de l'offre de soins dans les hôpitaux et la fermeture de lits par manque de personnel" (55029371C) 1

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB, **Frank Vandebroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque d'accessibilité aux soins palliatifs" (55029535C) 4

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

Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les assistants en pharmacie" (55029538C) 6

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

Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La définition du temps d'accès aux soins de base dans le projet d'AR sur les réseaux hospitaliers" (55029539C) 8

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

Question de Sofie Merckx à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle procédure d'appel d'offres pour le transport et le stockage de vaccins" (55029568C) 11

Orateurs: **Sofie Merckx**, présidente du groupe PVDA-PTB, **Frank Vandebroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Questions jointes de 12
- Simon Moutquin à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La propagation de la variole du singe" (55029564C) 12

- Patrick Prévot à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la variole du singe" 12

INHOUD

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afbouw van het zorgaanbod in ziekenhuizen en het sluiten van bedden door personeelstekorten" (55029371C) 1

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitter van de PVDA-PTB-fractie, **Frank Vandebroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gebrekkige toegankelijkheid van palliatieve zorg" (55029535C) 4

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

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De apothekersassistenten" (55029538C) 6

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

Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De definitie van toegangstijd voor basiszorg in het ontwerp-KB over de ziekenhuisnetwerken" (55029539C) 8

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

Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe aanbestedingsprocedure voor vaccinvervoer en -opslag" (55029568C) 11

Sprekers: **Sofie Merckx**, voorzitter van de PVDA-PTB-fractie, **Frank Vandebroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Samengevoegde vragen van 12
- Simon Moutquin aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verspreiding van de apenpokken" (55029564C) 12

- Patrick Prévot aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inenting tegen de apenpokken" (55029578C) 12

(55029578C)

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandebroucke 12
(VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la variole du singe" (55029586C)

Orateurs: **Patrick Prévot, Frank Vandebroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandebroucke 12
(VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen monkeypox" (55029586C)

Sprekers: **Patrick Prévot, Frank Vandebroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

Question de Robby De Caluwé à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'orthodontie" (55029597C) 15

Orateurs: **Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke**, vice-premier ministre et ministre des Affaires sociales et de la Santé publique

Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Orthodontie" (55029597C) 15

Sprekers: **Robby De Caluwé, Frank Vandebroucke**, vice-eersteminister en minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 19 JUILLET 2022

DINSDAG 19 JULI 2022

Matin

Voormiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 11 h 30 et présidée par M. Thierry Warmoes.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 11.30 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

Le **président**: Chers collègues, nous entamons la dernière session de questions orales à M. Vandebroucke avant les congés parlementaires. Il reste neuf questions à traiter. Je peux déjà vous communiquer qu'en principe, sauf actualité urgente, la prochaine séance aura lieu le 20 septembre.

01 Question de Sofie Merckx à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réduction de l'offre de soins dans les hôpitaux et la fermeture de lits par manque de personnel" (55029371C)

01 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De afbouw van het zorgaanbod in ziekenhuizen en het sluiten van bedden door personeelstekorten" (55029371C)

01.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, Zorgnet-Icuro trok aan de alarmbel in verband met het grote personeelstekort in de zorgsector. Uit een bevraging van Zorgnet-Icuro bleek dat acht op de tien ziekenhuizen zorgactiviteiten moeten afbouwen door personeelstekort, dat ruim 80 % bedden sluit en dat bijna een derde de capaciteit van het operatiekwartier vermindert. Dat zijn zeer erge cijfers. Wat zult u daaraan doen?

U gaf vanochtend een persconferentie. U hebt daar een aantal maatregelen aangekondigd. U wilt mensen die deeltijds werken, voltijds laten werken. U wilt mensen meer overuren laten presteren. U wilt ook gepensioneerden inschakelen om te werken in de zorgsector.

Uw plan is volgens mij eerder een soort van catalogus van alles wat fout loopt in de zorg. Mensen moeten daar nu al heel hard werken. Mensen vragen soms om deeltijds te kunnen werken omdat een voltijdse job gewoon niet haalbaar is. Als men een kwaal heeft, zoekt men normaliter een remedie die natuurlijk niet de kwaal zelf is. Dat is echt een probleem.

Structurele maatregelen op lange termijn blijven uit. U zei enkele weken geleden dat u geen extra investeringen ziet in de zorgsector om echt iets te doen aan de fundamentele problemen. Dan denken we bijvoorbeeld aan de erkenning als zwaar beroep van de job van

01.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Il ressort d'une enquête menée par Zorgnet-Icuro que huit hôpitaux sur dix doivent réduire leurs activités de soins en raison d'un manque de personnel. Les remèdes que le ministre a annoncés ce matin lors d'une conférence de presse ressemblent davantage à un catalogue des dysfonctionnements dans le secteur des soins: il souhaite qu'un plus grand nombre de personnes travaillent à temps plein ou fassent des heures supplémentaires. Entre-temps, aucune mesure structurelle n'est prise, telle que la reconnaissance de la profession d'infirmier comme métier lourd.

Le ministre a-t-il déjà discuté des mesures annoncées avec les syndicats et les acteurs et actrices

verpleegkundige.

Hebt u die maatregelen besproken met de vakbonden en de mensen op het terrein?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, ik vraag aan mijn medewerkster om onmiddellijk het dossier dat wij vanmorgen inderdaad aan de pers hebben voorgesteld, in twee talen door te mailen naar het secretariaat. Zo krijgen alle commissieleden dat.

Ik zal eerst antwoorden op twee belangrijke punten die u aangeeft. Het sociaal overleg is natuurlijk fundamenteel. Toen wij een aantal weken geleden echt de laatste loodjes hebben gelegd van het grote sociaal akkoord van ondertussen twee jaar geleden door de invulling van de laatste 100 miljoen euro – eindelijk, het overleg kost soms veel tijd – heb ik de sociale partners van de federale zorgsectoren uitgenodigd, omdat wij echt een agenda moeten maken voor werken in de zorg in de toekomst.

Ik ben geen man van loze of lichte beloften. Mijn ervaring leert dat men daar uiteindelijk niet zo ver mee komt, tenzij men snel weer uit de politiek verdwijnt, wat niet voor mij geldt. Ik ben dus altijd een beetje voorzichtig in wat ik aankondig. Als wij een agenda voor de toekomst willen, zullen we daar nog heel veel overleg voor nodig hebben, met name over wat men structureel wil doen. Er zitten ook gevoelige kwesties bij, zoals de taakorganisatie, de beroepsprofielen, de discussie over soorten verpleegkundigen. We moeten daarvoor dus de tijd nemen. Overigens, ik zou u iets wijsmaken als ik zou zeggen dat we morgen in de regering het budget zouden vinden dat nodig is voor een nieuw groot sociaal akkoord. Geen enkele regering zou dat morgen vinden. We zullen daar wat tijd voor nodig hebben.

Ik heb echter aan de sociale partners gezegd dat we ook op korte termijn dingen moeten doen. We gaan dat ook in overleg doen, dus zij zullen niet verrast zijn door het feit dat ik nu een aantal maatregelen op de zeer korte termijn voorleg. Wij hebben overigens in de regering uitdrukkelijk afgesproken dat minister Dermagne en ik die maatregelen in de komende twee weken zullen voorleggen aan het sociaal overleg. We zullen de sociale partners de komende twee weken dus horen over wat we in de regering hebben afgeklopt. Overigens, heel veel van wat we voorstellen, is geïnspireerd door een presentatie van Zorgnet-Icuro. Die mensen weten toch waarover het gaat, maar wij willen een aantal ideeën ook toepasbaar maken op de huisartsenpraktijken. Wij denken dat huisartsen ook in de mogelijkheid zouden moeten zijn om een gepensioneerde of vroeggepensioneerde in te schakelen en hun een goede betaling te geven. Huisartsenpraktijken, woon-zorgcentra, welzijnsinstellingen moeten allemaal meegaan in het verhaal, maar het zijn kortetermijnmaatregelen.

Ik ben daar dus niet euforisch over, maar ik denk wel dat we dringend iets moeten doen, want ik ben echt bezorgd over wat er gebeurt. U ook, denk ik. Ik denk dat we dringend een aantal dingen moeten doen om meer helpende handen rond het bed te krijgen. We hebben meer kandidaten voor ons opleidingsprogramma 'Kies voor de zorg' dan we kunnen financieren. Daarvoor komt er onmiddellijk extra geld.

de terrain?

01.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Ma collaboratrice transmettra aux députés, par l'intermédiaire du secrétariat de la commission, le dossier qui a été présenté à la presse ce matin.

J'ai invité les partenaires sociaux des secteurs fédéraux des soins à préparer conjointement un programme pour l'avenir du travail dans les soins. Je ne veux pas faire de promesses en l'air à ce sujet: les interventions structurelles nécessiteront beaucoup de temps et de concertation. En effet, nous devons également discuter de questions délicates, telles que l'organisation des tâches et les profils professionnels. En outre, le gouvernement ne peut pas simplement débloquer demain le budget nécessaire au financement d'un nouvel accord social.

C'est pourquoi le gouvernement souhaite également proposer un certain nombre de mesures à très court terme. Ces mesures, qui s'inspirent d'une présentation de Zorgnet-Icuro, seront soumises à la concertation sociale dans les deux prochaines semaines. Plus précisément, il s'agit d'un catalogue de mesures avec lesquelles nous essayons de mobiliser tout le monde. Par exemple, les personnes ayant pris une pension anticipée devraient pouvoir donner un coup de main – pour quelques heures si nécessaire – dans un cabinet de médecin, un centre de vaccination, une maison de repos et de soins ou un hôpital. Certes, il ne s'agit pas d'une réponse structurelle, mais elle est nécessaire.

Nous devons en effet renforcer les effectifs au chevet du patient.

Des moyens supplémentaires seront dégagés pour le programme de formation "Choisis les

Ik denk ook dat men in de ziekenhuizen iets meer kan inzetten op technologie, die ervoor zorgt dat verpleegkundigen zich kunnen inzetten voor hun echte taak en competentie, namelijk voor mensen zorgen, in plaats van allerlei administratie te doen.

Ik heb op de persconferentie het voorbeeld gegeven van het invoeren van de bloeddruk in een elektronisch patiëntendossier. Met goede technologie gaat dat automatisch en gemakkelijk, maar ziekenhuizen moeten daarin investeren. Ziekenhuizen moeten ook investeren in de kwaliteit van het werk. Dat is ook een uitdrukkelijke oproep die wij doen. Wij trekken daar ook middelen voor uit. 7 miljoen euro van het laatste sociaal akkoord gaat naar de versterking van de HR-diensten, maar in lokaal sociaal overleg en uitdrukkelijk gericht op kwaliteit.

Deeltijds werk is ook een belangrijk aspect. Ik denk dat de realiteit divers is. Ik denk dat sommige mensen liever deeltijds dan voltijds werken. Er zijn mensen die liever meer uren werken dan deeltijds. Ik hoor anekdotisch vaak van mensen – ik heb daarvoor geen wetenschappelijk bewijs – dat ze iets meer zouden willen werken dan deeltijds. Toch schrijft de personeelsdienst nieuwe vacatures uit voor mensen die deeltijds moeten komen werken, omdat men dat gemakkelijker vindt in de organisatie. Dat is ook niet goed.

Er is een cao in de zorgsector en in het algemeen waarin staat dat mensen die al werken en die liever meer uren zouden werken, voorrang moeten krijgen, maar dat gebeurt vaak niet. Dat is niet goed.

Ik denk dat we er met al onze sociale systemen over moeten waken dat we impliciet niet te veel prikkels geven voor deeltijdse jobs en te weinig voor voltijdse jobs. Het gaat in twee richtingen. Wie deeltijds wil werken, moet deeltijds kunnen werken. Wie voltijds wil werken, moet voltijds kunnen werken. Maar ook dat is een zaak van sociaal overleg.

Mijnheer de voorzitter, ik zal de nota in de twee talen naar iedereen laten rondsturen. Dat is inderdaad een catalogus van maatregelen. Ik ben daar niet euforisch over, maar ik vind het wel hoognodig. Ik vind dat we aan de mensen die vervroegd met pensioen zijn gegaan, mogen zeggen dat we iedereen mobiliseren om, desnoods voor een paar uur, te komen helpen in vaccinatiecentra, huisartsenpraktijken, welzijnsinstellingen, rusthuizen, woon-zorgcentra, ziekenhuizen en wijkgezondheidscentra. Dat is gewoon goed. Dat is inderdaad geen structureel antwoord, maar het is gewoon goed en nodig en ik pleit ervoor dat we dit nu doen.

01.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik hoor dat u deze maatregelen hebt genomen voordat u sociaal overleg hebt gepleegd. U zou dat pas achteraf doen.

01.04 Minister Frank Vandenbroucke: We doen dat parallel. We zullen proberen om die maatregelen nog deze week in een eerste lezing goed te keuren in de ministerraad, waarna we onmiddellijk sociaal overleg zullen organiseren. De tweede lezing in de ministerraad zal voor september zijn en de goedkeuring door het Parlement voor september of oktober. Ik wil dat die maatregelen nu al kunnen ingaan, maar we zullen zeker sociaal overleg plegen.

soins", pour lequel nous avons davantage de candidats que ce que nous pouvons financer. Les hôpitaux pourraient aussi recourir davantage à des solutions technologiques, de sorte que les infirmiers puissent se concentrer sur leur tâche essentielle, qui est de prendre soin des patients. Nous appelons également les hôpitaux à investir dans la qualité du travail. Dans l'accord social, un montant de 7 millions d'euros a été affecté au renforcement des services RH, dans le respect de la concertation sociale locale et en mettant expressément l'accent sur la qualité.

Par ailleurs, nous devons veiller à ne pas trop encourager le travail à temps partiel et à ne pas encourager trop peu le travail à temps plein. Celles et ceux qui veulent travailler à temps partiel doivent pouvoir le faire. Mais celles et ceux qui souhaitent travailler à temps plein doivent également en avoir la possibilité. Ce point devra également être discuté dans le cadre de la concertation sociale.

01.03 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Le ministre prend donc des mesures avant de consulter les partenaires sociaux?

01.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Les deux démarches sont parallèles. Nous essayerons de faire approuver les mesures en première lecture au Conseil des ministres cette semaine. Nous organiserons ensuite la concertation sociale. La deuxième lecture au Conseil des ministres suivra

en septembre, l'adoption au Parlement intervenant en septembre ou en octobre. Les mesures doivent cependant déjà pouvoir entrer en vigueur dès à présent.

01.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Het is wel een constante dat het sociaal overleg opzij wordt geschoven en ik weet wat de reden daarvoor is. De werkdruk is al enorm hoog en de sociale partners zullen natuurlijk niet akkoord gaan met een aantal van de maatregelen die u voorstelt, zoals mensen overuren laten doen en meer uren laten werken, terwijl zij net hadden gekozen om minder uren te presteren om de werkdruk aan te kunnen.

01.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Les partenaires sociaux ne pourront pas approuver des mesures qui vont encore accroître la charge de travail. C'est pourquoi le ministre préfère faire l'impasse sur la concertation sociale.

Er zijn vandaag 19.000 verpleegkundigen die niet meer in de zorg werken. We moeten nadenken over hoe we hen opnieuw in de zorg kunnen krijgen. Dan denk ik aan hogere lonen en aan een betere verloning van het nacht- en weekendwerk. Ik denk dat daar de echte oplossing ligt. U zegt niet euforisch te zijn over uw catalogus aan maatregelen. Volgens mij verergeren die zelfs de kwalen die al op het terrein bestaan.

Pour convaincre le nombreux infirmiers qui ont abandonné leur emploi de revenir sur le terrain, il faudra revaloriser les salaires et mieux rémunérer le travail nocturne et du week-end.

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

02 **Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le manque d'accessibilité aux soins palliatifs" (55029535C)**

02 **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gebrekkige toegankelijkheid van palliatieve zorg" (55029535C)**

02.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, à l'occasion des 20 ans de la loi sur les soins palliatifs, les fédérations wallonne, bruxelloise et flamande se sont réunies le 14 juin dernier pour alerter notamment sur le manque d'accessibilité en soins palliatifs pour les patients malgré les demandes nombreuses. Ce manque d'accès avait déjà été mis en évidence dans le rapport d'étude de la cellule d'évaluation des soins palliatifs publié en 2020 et des recommandations étaient faites sur le nombre de lits à augmenter en unités de soins palliatifs, sur le financement à renforcer pour couvrir les coûts effectifs du personnel et le remboursement des prestations proposées ainsi que sur le financement de psychologues dans les unités de soins palliatifs.*

02.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): *Ter gelegenheid van de 20ste verjaardag van de wet betreffende de palliatieve zorg zijn de federaties in juni bijeengekomen om te waarschuwen voor de gebrekkige toegankelijkheid voor de patiënten, waarop er al gewezen werd in het jaarverslag 2020 van de evaluatiecel, die adviseert het aantal bedden op te trekken en de financiering voor het personeel en de terugbetaling van de verstrekkingen te verhogen.*

Les professionnels regrettent également que ne soit pas assez mise en avant la possibilité de soins précoces qui permet pourtant d'améliorer considérablement la qualité de vie des patients et de leurs proches. Attendre l'étude du KCE qui serait publiée en 2023 sur le forfait palliatif est bien trop long.

De beroepsbeoefenaars betreuren het gebrek aan aandacht voor vroegtijdige zorgverstrekking, die kan bijdragen tot een verbetering van de levenskwaliteit. Het wachten op de KCE-studie over het palliatief forfait, die in 2023 ingewacht wordt, zou veel te lang duren.

Les recommandations de la cellule d'évaluation des soins palliatifs de 2020 seront-elles enfin suivies et concrétisées ? Quand ?

N'est-il pas crucial de permettre dès maintenant que l'accès soit élargi aux patients avec une espérance de vie supérieure à 3 mois, sans attendre l'étude du KCE ? De nombreuses études existent déjà. Et les gains qualitatifs pour le patient et son entourage mais aussi sur le budget de la sécurité sociale sont largement démontrés. Bien à vous.

Zal men gevolg geven aan de aanbevelingen van de evaluatiecel? Zo ja, wanneer? Zou men de

toegankelijkheid niet onmiddellijk moeten uitbreiden tot de patiënten met een levensverwachting van meer dan 3 maanden? De kwalitatieve winst voor de patiënt, maar ook de impact op de sociaalzekerheidsbegroting werden al aangetoond.

02.02 **Frank Vandebroucke**, ministre: Madame Fonck, comme vous le savez sans doute, les soins palliatifs peuvent être offerts dans différents contextes de soins: à domicile par des équipes ambulatoires, en établissement pour personnes âgées ou à l'hôpital. Pour prendre des décisions en vue d'adapter cette offre de soins, il est important de tenir compte des différentes composantes. L'étude en cours au sein du KCE devrait donc pouvoir aider à identifier les besoins en hôpital compte tenu de ce qui peut être réalisé en dehors de l'hôpital. La Cellule Fédérale d'Evaluation des Soins Palliatifs (CESP) plaide en outre pour la mise en place d'unités de type *middle care*. L'analyse du KCE devra aussi nous éclairer sur la pertinence de cette nouvelle offre qui, sans aucun doute, aura aussi, le cas échéant, un impact sur le besoin de lits palliatifs en hôpital.

Entre-temps, cependant, diverses initiatives ont été prises pour aider les professionnels à identifier les patients susceptibles de bénéficier de soins palliatifs et pour les soutenir dans l'élaboration d'un plan de soins adaptés. Fin 2018, un arrêté royal a fixé les critères permettant d'identifier un patient palliatif. Il s'agit de l'arrêté royal du 21 octobre 2018. Ces critères ont été déterminés dans le cadre d'une étude scientifique de l'UCLouvain et ont été agrégés dans un outil d'évaluation unique, le PICT (*Palliative Care Indicators Tool*) que vous connaissez sans doute aussi. Cet outil d'évaluation a aussi été intégré dans l'instrument BelRai au titre de *screener* palliatif afin de rendre son utilisation et l'interprétation des résultats plus aisée pour l'ensemble des acteurs professionnels de la santé. BelRai offre en outre aux patients qui seraient détectés palliatifs, via cet outil d'évaluation, un instrument beaucoup plus complet validé internationalement par interRAI destiné à aider les professionnels à détecter les besoins de soins de ces patients.

Par ailleurs, pour inciter les médecins généralistes à effectivement utiliser l'instrument PICT et à élaborer avec le patient un plan de soins adaptés à la situation, le *Advance Care Planning* (ACP), l'INAMI prévoit un code de nomenclature spécifique.

Enfin, en ce qui concerne l'encadrement des patients à l'hôpital, les normes actuelles des unités de soins palliatifs prévoient déjà qu'il doit pouvoir être fait appel notamment à un psychologue et à un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.

Quant à la question de la couverture effective des coûts du personnel, une analyse plus précise serait nécessaire pour étayer la demande de la CESP.

02.02 **Minister Frank Vandebroucke**: Op grond van de studie die het KCE momenteel uitvoert, zullen de palliatieve zorgbehoeften in een ziekenhuissetting geïdentificeerd kunnen worden in functie van wat er buiten die setting kan worden gedaan. De Evaluatiecel Palliatieve Zorg pleit voor de invoering van intermediaire zorgstructuren (*middle care*). Uit de analyse van het KCE zal blijken hoe relevant dat nieuwe aanbod is.

Eind 2018 werden de criteria om een palliatieve patiënt te definiëren bij koninklijk besluit vastgelegd. Die criteria, die werden opgesteld op grond van een studie van de UCL, werden samengebracht in een evaluatietool, de PICT (*Palliative Care Indicators Tool*), die op zijn beurt onderdeel uitmaakt van het instrument BelRAI, dat het gebruik ervan gemakkelijker maakt voor alle zorgverleners. Om de huisartsen ertoe aan te moedigen de PICT te gebruiken en samen met de patiënt een aangepast zorgplan (ACP) op te stellen, werkt het RIZIV met een specifieke nomenclatuurcode.

Wat de begeleiding van de patiënten in het ziekenhuis betreft, bepalen de huidige normen dat men een beroep kan doen op een psycholoog en op een specialist in de psychiatrie of de neuropsychiatrie.

Wat de financiering van de personeelskosten betreft, zou de vraag van de federale Evaluatiecel Palliatieve Zorg door middel van een nadere analyse onderbouwd moeten worden.

02.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie. On renvoie toujours à cette étude sur le forfait palliatif, faite par le KCE. Elle sera en pratique publiée en 2023, et encore, on sait bien qu'il y a parfois un petit décalage dans le temps. Bref, le temps que l'étude soit analysée, nous serons à la fin de la législature, puis nous serons repartis dans la suivante. En pratique, on reporte à plus tard ce qui pourtant relève déjà en partie de l'évidence.

Je comprends qu'on fasse cette étude. Mais indépendamment de celle-ci, des décisions cruciales doivent être prises très rapidement. Nous avons tout ce qu'il faut au niveau des données scientifiques, de la littérature internationale. Nous connaissons la réalité chez nous et les demandes des patients. Nous connaissons la réalité des patients très âgés se trouvant dans une situation de fin de vie et qui ne rentrent pas strictement dans les conditions actuelles, qui sont en fait hyper restrictives.

En pratique quelles sont les conséquences? D'abord, l'accès n'est pas possible pour un certain nombre de patients. Ensuite, il y a un impact sur la qualité de la fin de vie. La fin de vie, ce ne sont pas seulement trois mois. La fin de vie est parfois de plusieurs mois, parfois de plus d'une année pour un certain nombre de patients. Si on élargissait déjà aujourd'hui, au-delà des trois mois, le critère d'espérance de vie, on ferait déjà un énorme pas en avant pour la qualité de vie des patients. On arrêterait de surcharger en traitements, voire en examens invasifs, les derniers mois de vie des patients. Bien sûr, cela vous coûterait sur le plan budgétaire, mais vous gagneriez deux ou trois fois plus car une série d'examens, de traitements, etc., ne seraient plus faits. Aujourd'hui, ceux-ci ne sont pas justifiés et ils n'amènent pas de plus-value en matière de qualité des soins.

Je sens que si on ne finance pas plus aujourd'hui les soins palliatifs et qu'on reste hyper restrictifs dans les critères, c'est d'abord pour une question budgétaire. Je pense que c'est un mauvais calcul. Clairement, vous payez beaucoup plus le fait que ces patients ne puissent pas être pris en charge d'une manière palliative avec un encadrement palliatif. En termes de qualité de vie pour ces patients et leurs proches, nous ne sommes évidemment pas du tout gagnants si nous ne leur permettons pas d'avoir accès aux soins palliatifs.

Je comprends cette étude pour un certain nombre d'éléments, c'est compréhensible. Toutefois, si l'on n'entreprend rien maintenant et que l'on ne tente pas d'assouplir les restrictions trop sévères, personne n'en sortira gagnant. Je me permets encore une fois de plaider en ce sens.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Catherine Fonck à Frank Vandebroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les assistants en pharmacie" (55029538C)

03 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandebroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De apothekersassistenten" (55029538C)

03.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, les pharmaciens m'interpellent sur l'évolution de la formation des assistants en pharmacie. Certains ont suivi 3 ans de formation*

03.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Sommige apothekers-assistenten hebben na hun*

pharma après le diplôme de secondaire et d'autres ont suivi une formation soit via le Forem soit dans l'enseignement secondaire.

Sur le terrain, des craintes s'expriment sur la garantie de qualité qui n'est pas assurée à un même niveau compte-tenu des différences importantes de formation. Un niveau bachelier n'est-il pas indispensable pour garantir les exigences de qualité ?

Par ailleurs, le barème de rémunération des assistants est faible. Pour vous prendre un exemple, un assistant avec 30 ans de carrière est payé 15 euros brut de l'heure. Des perspectives d'évolution sont-elles envisagées et si oui lesquelles ?

middelbare school een driejarige opleiding gevolgd, terwijl andere via Forem of in het middelbaar onderwijs een opleiding gekregen hebben. Die grote verschillen in opleiding kunnen de kwaliteit van de dienstverlening aantasten.

Zou een bachelordiploma niet onontbeerlijk zijn? Hoe kunnen hun loonschalen, die zeer laag zijn, evolueren?

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, l'arrêté royal en vigueur relatif à la profession paramédicale d'assistant pharmaceutico-technique date du 5 février 1997. Veuillez noter que ce ne sont pas les seuls professionnels paramédicaux dont le cadre législatif remonte à cette époque. Un travail progressif de révision est entrepris depuis plusieurs années. C'est donc un problème un peu plus vaste.

Dans l'arrêté royal susmentionné, il est prévu une formation minimale dans l'enseignement secondaire supérieur. Or, dans les faits, il est aujourd'hui possible d'obtenir un agrément et un visa d'assistant pharmaceutico-technique par le biais de formations de différents niveaux. Les avis CFPP 2017/01 et CTPP 2017/05 proposent de réviser cette profession en créant deux titres professionnels soumis à deux formations distinctes. La proposition vise à harmoniser l'enseignement en organisant une formation dans l'enseignement supérieur, car il est en effet nécessaire d'élever le niveau de formation. Vous comprendrez néanmoins que la révision de l'arrêté royal en ce sens provoquera un impact majeur sur l'organisation de l'enseignement. C'est pourquoi un consensus avec les entités fédérées est nécessaire à l'aboutissement de ce dossier. Le processus est en cours. L'objectif est de pouvoir répondre à l'attente du terrain.

En ce qui concerne le barème de rémunération, les classifications IFIC mettent l'accent sur les tâches exercées et le contenu de la fonction pour déterminer la rémunération à laquelle les travailleurs ont droit. Dans le secteur privé, les conventions collectives de travail prévoient qu'environ 10 % des fonctions sont revues annuellement et que leur contenu est actualisé sur la base d'enquêtes de terrain et de tables rondes avec des représentants du secteur, puis d'échanges au sein d'un groupe paritaire d'experts. Dans le secteur public, où l'installation du système IFIC est toujours en cours, le protocole relatif à l'attribution des fonctions prévoit également leur procédure d'entretien.

Bref, il s'agit d'un processus qui prend du temps. En ce qui concerne les assistants pharmaceutiques, notre pays est un peu compliqué, en raison des différents niveaux de pouvoir, mais nous faisons de notre mieux.

03.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous affirmez que le processus est en cours avec les entités fédérées. Les discussions sont-elles effectivement entamées ou non? Quel en est le calendrier? J'entends ce que

03.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het koninklijk besluit betreffende het beroep van farmaceutisch-technisch assistent van 5 februari 1997 bepaalt dat wie het beroep wil uitoefenen een minimumopleiding in het hoger secundair onderwijs genoten moet hebben. In de praktijk is het mogelijk om een erkenning en een visum als farmaceutisch-technisch assistent te krijgen van verschillende niveaus. In de adviezen FRPB 2017/01 en FRPB 2017/05 wordt voorgesteld twee beroepstitels in te voeren die via twee afzonderlijke opleidingen verkregen worden, met name in het hoger onderwijs om het niveau op te trekken. Die ingrijpende aanpassing in de organisatie van het onderwijs vereist de instemming van de deelgebieden. Die procedure loopt nog.

De IFIC-classificaties zijn gebaseerd op de taken en de inhoud van de functie om het loon te bepalen. In de privésector voorzien de collectieve arbeidsovereenkomsten in een jaarlijkse herziening van ongeveer 10 % van de functies en een update van de functie-inhoud. In de overheidssector, waar momenteel het IFIC-systeem ingevoerd wordt, voorziet het protocol voor de functietoewijzing ook in een onderhoudsprocedure voor de functieclassificatie.

03.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Werden de besprekingen met de deelgebieden aangevat? Wat is het tijdpad?

vous dites. Ok, ça date de 1997. C'est vrai que la problématique est plus large.

Mais si je viens vers vous avec cette question, c'est parce que nous pourrions nous retrouver dans une situation extrêmement difficile avec les pharmacies. Les pharmaciens hésitent fortement à engager parce qu'ils ont eu des difficultés relatives au niveau de la formation d'assistants avec lesquels ils avaient déjà pu travailler et cela ne s'est pas bien passé. Dès lors, ces assistants ne peuvent être laissés seuls même pour certains aspects du travail. C'est un vrai souci pour les pharmacies. Il y a une autre question qui se pose: celle de la qualité du travail réalisé et cela concerne le patient et la santé.

C'est pour moi une question qui doit être réglée le plus rapidement possible ainsi que celle de la rémunération. Je réitère donc ma question: les discussions sont-elles entamées? Quel en est le calendrier?

03.04 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Je n'ai pas les données relatives au calendrier sur moi et je ne le connais pas par cœur. Je ne peux pas m'avancer. Mme Schellens pourra interroger mon administration à ce sujet et m'envoyer un mémo. Au cas où je recevrais une réponse satisfaisante, je vous l'enverrais directement.

03.04 **Minister Frank Vandenbroucke**: Ik heb de informatie waarnaar u vraagt niet bij de hand, maar ik zal inlichtingen inwinnen.

03.05 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Dites-moi quoi! Si ce n'est pas satisfaisant, j'attirerai votre attention afin que l'on ne tarde pas.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

04 **Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La définition du temps d'accès aux soins de base dans le projet d'AR sur les réseaux hospitaliers" (55029539C)**

04 **Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De definitie van toegangstijd voor basiszorg in het ontwerp-KB over de ziekenhuisnetwerken" (55029539C)**

04.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le président, monsieur le ministre, vous finalisez un arrêté royal sur les missions locorégionales et suprarégionales, les définitions, etc.

04.01 **Catherine Fonck** (Les Engagés): U legt de laatste hand aan een koninklijk besluit over de locoregionale en supraregionale opdrachten. Eén van de artikelen bepaalt dat voor 90 % van de bevolking een maximale tijd om zich naar een ziekenhuis te begeven van 30 minuten gegarandeerd moet worden.

À ma connaissance, l'arrêté royal n'est pas publié, même si je n'ai pas vérifié ces derniers jours. Néanmoins, si mes informations sont correctes, un article prévoit qu'un temps de parcours de 30 minutes maximum pour 90 % des citoyens doit être garanti au sein de la zone géographique couverte par le réseau hospitalier. Cela soulève un certain nombre de questions.

Monsieur le ministre, comment avez-vous modélisé les choses? L'impact pour chaque réseau, tel que les réseaux sont conçus aujourd'hui, a-t-il été pris en considération?

Hoe hebt u dat model opgesteld? Werd er rekening gehouden met de impact voor elk netwerk? De bedoeling van de netwerken is dat niet elke site alle vormen van zorgverstrekking voor zijn rekening neemt. Zal die regel geen rem vormen op de onontbeerlijke reorganisaties, meer bepaald op het stuk van de specialisatie van

Une évolution et une réorganisation des soins sont en cours dans la majorité des réseaux. L'objectif, dans les réseaux, est que chaque site hospitalier ne continue pas à faire tout. Comme ils sont répartis sur l'ensemble de la zone géographique, une filière – je pense par exemple à la filière mère-enfant ou à la filière oncologie – peut être proposée sur un seul site au sein d'un réseau. Ce site peut être un

peu plus excentré, ne pas être central dans le territoire géographique concerné. Dès lors, par exemple dans une région rurale ou semi-rurale, les distances peuvent être nettement plus importantes.

Il y a d'abord des implications pour les patients. Ensuite, cette règle ne va-t-elle pas être un frein à un certain nombre de réorganisations pourtant indispensables au sein des réseaux, et notamment à la spécialisation des sites hospitaliers au sein du réseau? Je pense à la botte du Hainaut et à la province de Luxembourg. Pour ce qui est de l'organisation des réseaux, la règle que vous instaurez pourrait poser un certain nombre de questions. Je n'ai pas encore eu l'occasion de me pencher sur l'ensemble des réseaux du territoire belge.

04.02 **Frank Vandenbroucke**, ministre: Monsieur le président, madame Fonck, l'arrêté royal est toujours en discussion. Il n'est donc pas finalisé.

Cependant, je peux vous faire part de quelques réflexions en ne devant pas la prise de décision politique. Tout d'abord, vous savez sans doute que l'arrêté royal en préparation classe les activités hospitalières en missions de soins locorégionales ou suprarégionales. Mais on n'y précise pas si les missions de soins locorégionales sont considérées comme générales, c'est-à-dire devant être offertes au sein de chaque hôpital d'un réseau, ou spécialisées, c'est-à-dire qui ne peuvent pas être offertes au sein de chaque hôpital d'un réseau. Une différence est seulement faite entre les missions de soins locorégionales et suprarégionales. Mais c'est déjà important.

Cette approche est quelque peu différente de celle de mon prédécesseur. Elle est motivée par la structure très diverse des différents réseaux en termes de nombre d'hôpitaux participants et de nombre de sites d'activités hospitalières, mais également par les différences importantes entre contexte urbain et rural.

En outre, j'ai proposé d'inscrire dans cet arrêté royal un critère de proximité parce que je crois que les réseaux doivent pouvoir se penser en termes de proximité, avec des soins de proximité là où c'est possible, avec des soins centralisés quand les soins de proximité ne sont pas possibles ou pas indiqués. Un critère de proximité pour les missions de soins locorégionales me semblait donc utile. Mais cela fait évidemment l'objet d'un débat. Dans ce cadre, il faut pouvoir faire preuve de différenciation, avec des éléments de déviation et d'exception qui peuvent être introduits. Il faut également flexibiliser la notion. Selon moi, c'est sur ces points que le débat doit porter. Mon intention n'est nullement de devancer la prise de décision politique, mais c'est à ce niveau qu'il faut trouver un juste équilibre.

04.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Je peux entendre le critère de proximité, qui est important pour l'accessibilité physique, pour les patients, sur le niveau locorégional. Mais on a travaillé à l'envers en Belgique: on a d'abord

de sites dans les réseaux? Zullen bepaalde streken, zoals het zuiden van Henegouwen of de provincie Luxemburg, daardoor niet geïmpact worden?

04.02 **Minister Frank Vandenbroucke**: In de eerste plaats worden in het koninklijk besluit, dat nog niet klaar is, de ziekenhuisactiviteiten ingedeeld in locoregionale of supraregionale opdrachten. Er wordt echter niet in gespecificeerd of de locoregionale zorgopdrachten als algemeen, met andere woorden opdrachten die door elk ziekenhuis in het netwerk aangeboden worden, of als gespecialiseerd, dus opdrachten die in een specifiek ziekenhuis aangeboden worden, beschouwd worden.

Deze benadering, die verschilt van die van mijn voorganger, is ingegeven door de variabele structuur van de netwerken op het vlak van het aantal deelnemende ziekenhuizen en het aantal locaties waar ziekenhuisactiviteiten plaatsvinden, maar ook door de aanzienlijke verschillen tussen de stedelijke en de rurale context.

Het leek me relevant dat er in dit koninklijk besluit een criterium van nabijheid voor de locoregionale zorgopdrachten zou worden opgenomen. Dit is echter een punt van discussie en er zijn uitzonderingen denkbaar. Het concept moet worden versoepeld. Het is niet mijn bedoeling de politieke forcing door te voeren, maar wel om integendeel het juiste evenwicht te vinden.

04.03 **Catherine Fonck** (Les Engagés): Ik heb begrip voor het nabijheidscriterium, maar men heeft het paard achter de wagen

imposé la constitution des réseaux, sans règles, sans expliquer pourquoi. Il aurait été plus intelligent de commencer par dire quels étaient les objectifs de ces réseaux à court et à long termes, quelles seraient les règles, les modes de financement, les types de réorganisation, et puis de constituer les réseaux. Mais le politique a commencé par demander de créer des réseaux, de la manière qu'on voulait, et puis maintenant il impose des règles.

Au sein de certains réseaux, il y a quand même certaines avancées pour lesquelles des décisions ont été prises. Il faut que nous puissions prendre en compte le volet de proximité pour les patients, mais aussi la réalité du terrain.

Une règle – il me semble que c'est à l'article 3 dans votre projet d'arrêté royal – veut que 90 % des patients se trouvent à 30 minutes du réseau hospitalier, même si parfois c'est un peu plus parce que la ruralité fait qu'il y a des travaux, etc. Je vous demande d'y être attentif car la réalité rurale et semi-rurale est plus complexe que cela. Essayez de trouver une autoroute pour remonter de la botte du Hainaut! Et j'ai plein d'exemples du même acabit.

Il faut aussi prendre en compte une réalité d'efficience et de travail de qualité pour les patients, et ne pas, *in fine*, détricoter tout ce que le politique a imposé d'en haut.

04.04 Frank Vandenbroucke, ministre: À vrai dire, j'ai hésité sur la stratégie à suivre quand je suis entré au gouvernement, vu la réalité très disparate et hétérogène des réseaux, qui est pire en Flandre qu'en Wallonie et est le résultat de ce processus *bottom-up*. J'ai hésité, parce que cette réalité est tellement disparate que l'idée de faire du *population management* avec cette réalité semble compliquée. Mais, en politique, de temps en temps il faut partir de l'héritage qu'on a reçu sans tout recommencer, en essayant d'orienter ce qui existe dans un certain sens plus ou moins adéquat. Vouloir introduire des critères de proximité dans une réalité qui n'en comprend pas n'est en effet pas facile.

En politique, si l'on rejoue toujours le même film, les choses n'avancent pas!

04.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, vous dites que la cause est à trouver du côté du *bottom-up*. C'est parce qu'en fait, il y a eu un *top-down* nous obligeant à faire des réseaux sans que des règles et des conditions soient définies et ce, y compris pour ce qui concerne le financement. Nous aurions dû édicter les règles du jeu pour ensuite laisser faire le *bottom-up*. Le fait est que l'on a dit *top-down* et que l'on vient maintenant avec un *bottom-up* alors que les critères et les règles, les machins et les trucs ne sont pas encore précisés.

C'est cela qui est problématique! Certes, vous arrivez. Certes, on ne va pas tout détricoter pour retrecoter tout. Mais maintenant, les politiques doivent être corrects et respectueux: ils doivent aussi tenir compte des différents aspects dans la manière avec laquelle on va préciser un cadre qui sera profitable à la fois au patient pour une qualité des soins mais aussi, tout en tenant compte de la réalité de terrain, respectueux des acteurs de soins.

gespannen door de oprichting van netwerken op te leggen vooraleer de doelstellingen, de regels, de financieringswijzen of de aard van de verwachte reorganisaties bepaald werden. Er moet rekening gehouden worden met de nabijheid voor de patiënten, maar ook met de realiteit in de landelijke gebieden en met de zorgkwaliteit.

04.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik heb getwijfeld over de te volgen strategie, gelet op de uiteenlopende en heterogene realiteit van de netwerken. We moesten van die erfenis vertrekken en vervolgens proberen de situatie in de gewenste richting om te buigen. Het is inderdaad een hele opdracht om a posteriori nabijheidscriteria in te voeren in plaats van daarin al van bij de start te voorzien, maar we hadden geen andere keuze meer.

04.05 Catherine Fonck (Les Engagés): Als men van in het begin de spelregels had vastgelegd, zou alles vlotter verlopen. Het hele systeem hoeft daarom niet afgebroken en daarna weer opgebouwd te worden, maar men zal de nodige souplesse aan de dag moeten leggen, en rekening moeten houden met de lokale situatie om een kader aan te reiken dat de patiënt én de zorgkwaliteit ten goede komt.

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

05 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La nouvelle procédure d'appel d'offres pour le transport et le stockage de vaccins" (55029568C)

05 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De nieuwe aanbestedingsprocedure voor vaccinvervoer en -opslag" (55029568C)

05.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u bent van logistieke partner veranderd. Normaal gezien liep het contract met Medista voor de verdeling nog tot 2025, maar u bent overgestapt naar Movianto en Raes. Daar is nogal wat ophef over. Medista heeft intussen bij de Raad van State een schorsingsberoep ingediend. Men verwijt de FOD Volksgezondheid onfrisse praktijken en vraagt de opschorting. Men klaagt ook aan dat de overheid de wettelijke opzegtermijn van een jaar niet heeft gerespecteerd.

Kunt u wat meer licht werpen op die beslissing?

Indirect had u het over overschrijding van de budgetten. Hoe groot was de overschrijding? Wanneer werd ze vastgesteld? Hoe kon dat gebeuren? Welke waren de afgesproken prijscriteria die niet gerespecteerd werden?

U zou daarover een advies gekregen hebben van de Inspectie van Financiën. Kunt u dat advies doorsturen naar het Parlement?

Is het, nu we voor een nieuwe vaccinatiecampagne staan, wel verstandig om van partner te veranderen? Houdt dat geen risico in voor de continuïteit van de levering van vaccins en medisch materiaal?

Wat gaat u eraan doen om een institutionele spaghetti te vermijden als de regio's met verschillende logistieke partners gaan werken?

05.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, zoals u zegt, loopt er een procedure voor de gunning van een contract. Daartegen werd beroep ingediend. In die omstandigheden moet men als minister de gerechtelijke uitspraken of de uitspraak van de Raad van State afwachten. Men moet op dat ogenblik terughoudend zijn met verklaringen, wat ik ook doe.

Ik kan slechts herhalen wat ik al heb gezegd en een paar algemene principes herhalen. Een minister van Volksgezondheid en Sociale Zaken moet de belangen van alle mensen dienen en beschermen, niet de belangen van één bedrijf. Wanneer we een aanbesteding plaatsen, gaat het om belastinggeld. Dan moet men de markt op een objectieve manier bevragen en op zoek gaan naar de scherpste prijs voor de beste service.

Er loopt dus een aanbesteding voor een logistieke partner voor de bewaring en verdeling van vaccins. Ik denk dat alle stappen daarin correct gezet zijn. Dat is ook volstrekt publieke informatie, daar is niks geheim aan. Als daar echter een klacht tegen wordt ingediend, dan

05.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Le ministre change de partenaire logistique pour le transport des vaccins. Le contrat avec Medista courait jusqu'en 2025, mais le ministre fait désormais appel à Movianto et Raes Pharmaceutical Logistics. Medista a entre-temps introduit un recours en suspension contre cette décision devant le Conseil d'État. Le SPF Santé publique est accusé de pratiques douteuses et il est reproché à l'État de ne pas avoir respecté le délai de préavis légal d'un an.

Le ministre peut-il expliciter cette décision d'évincer Medista? Quelle était l'ampleur du dépassement du budget? Quels critères de prix n'ont pas été respectés? Le ministre peut-il remettre l'avis de l'Inspection des finances au Parlement? Ce changement soudain de partenaire n'entraîne-t-il pas un risque pour la continuité? La situation ne deviendra-t-elle pas inextricable si les régions travaillent avec des partenaires logistiques différents?

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Une procédure d'adjudication d'un contrat est en cours et un recours a en effet été introduit contre cette procédure. Le ministre ne peut qu'attendre une décision judiciaire ou l'avis du Conseil d'État.

En tant que ministre compétent, je me dois de servir et de protéger les intérêts de tous, et pas seulement ceux d'une entreprise. Un partenaire logistique est payé avec de l'argent public et il est de mon devoir d'obtenir le meilleur prix pour le meilleur service. Je pense que la procédure de marché public pour la désignation

moeten we afwachten wat de aangesproken instantie, in dit geval de Raad van State, daarover zegt.

Ik ben om die reden terughoudend met verklaringen en dat moet ik ook zijn. Ik kan dus niet veel toevoegen aan wat ik al gezegd heb in antwoord op de vragen die daarover gesteld zijn.

Er is echter nog iets wat vanzelfsprekend is. Als er een overgang is van de ene logistieke partner naar de andere, moet men vanzelfsprekend een goede overgang bewerkstelligen. Dat is eenieders verantwoordelijkheid. De deelregeringen worden natuurlijk ook goed op de hoogte gehouden van dat proces.

d'un partenaire logistique pour la conservation et la distribution des vaccins s'est déroulée correctement. Il s'agit d'informations publiques. Si quelqu'un déposait une plainte auprès du Conseil d'État, nous ne pourrions pas faire autrement qu'attendre sa décision à ce sujet. Je n'ai donc pas vraiment d'autre choix que de faire preuve de retenue et je n'ai rien à ajouter aux réponses que j'ai données aux questions qui m'ont déjà été posées à ce sujet. Si nous passons d'un partenaire logistique à un autre, nous devons également faire en sorte que cette transition se déroule correctement. Je veille en tout cas à bien informer les gouvernements des entités fédérées à ce propos.

05.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u geeft wel een vrij teleurstellend antwoord. Er is zoiets als de openbaarheid van bestuur en we hebben dus het recht om te weten wat er fout gelopen is en waarom u al dan niet van partner veranderd bent. We kunnen dus enkel afwachten en hier zo nodig opnieuw vragen over stellen. Ik hoop dat alles op het terrein tijdens de nieuwe vaccinatiecampagne vlekkeloos zal verlopen.

05.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Nous avons le droit de savoir ce qui a mal tourné et pourquoi le ministre changera éventuellement de partenaire. Cette réponse est dès lors décevante.

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

06 Questions jointes de

- Simon Moutquin à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La propagation de la variole du singe" (55029564C)
- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la variole du singe" (55029578C)
- Daniel Bacquellaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la variole du singe" (55029586C)

06 Samengevoegde vragen van

- Simon Moutquin aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verspreiding van de apenpokken" (55029564C)
- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De inenting tegen de apenpokken" (55029578C)
- Daniel Bacquellaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen monkeypox" (55029586C)

06.01 **Patrick Prévot** (PS): Monsieur le ministre, lors de la séance plénière du 16 juin, je vous interpellais au sujet du risque de propagation de la variole du singe au cours de l'été, particulièrement avec la tenue de plusieurs festivals dont notre pays est un organisateur de renommée mondiale.

06.01 **Patrick Prévot** (PS): Op 16 juni sprak u nog geruststellende taal met betrekking tot de verspreiding van het apenpokkenvirus in ons land en wees u erop dat België 3.000 vaccindoses besteld heeft voor het zorgpersoneel dat een hoogrisicocontact gehad heeft. U hebt een contract getekend voor 30.000 vaccins, die

Vous mettiez à l'époque en avant la nécessité d'une bonne communication, suivant ainsi les recommandations de l'OMS. Au sujet des vaccins, vous répondiez que notre pays avait commandé sa quote-part à l'échelle européenne, soit 3 000 doses à utiliser de

manière prophylactique dans le cas, par exemple, de membres du personnel soignant qui auraient été confrontés à une situation de contact à haut risque avec un patient.

Entre-temps, vous avez signalé avoir signé un contrat avec une firme danoise pour 30 000 doses livrées à partir de l'automne.

Pourtant, après le Québec et le Royaume-Uni, c'est au tour de la France d'aller plus loin. Depuis le 11 juillet, après un avis favorable rendu par la Haute Autorité de santé, nos voisins ont ouvert la vaccination aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, aux personnes trans multipartenaires, aux personnes en situation de prostitution et aux professionnels exerçant dans les lieux de consommation sexuelle.

Monsieur le ministre, pourriez-vous nous communiquer le nombre de doses déjà utilisées dans notre pays? Combien de doses reste-t-il aujourd'hui approximativement? Le Conseil Supérieur de la Santé a-t-il été consulté quant à l'ouverture de la vaccination à des groupes ciblés, comme en France, au Royaume-Uni ou au Québec? S'il n'a pas encore été consulté, va-t-il l'être? Une meilleure répartition des stocks de vaccins est-elle envisagée par exemple à travers des accords transatlantiques?

Enfin, en mai 2022, l'ONUSIDA publiait un communiqué de mise en garde contre le risque d'une augmentation des propos et comportements homophobes, notamment dans le cadre de la propagation de la variole du singe. Des initiatives seront-elles prises avec votre collègue Mme Schlitz pour empêcher une telle stigmatisation? Je vous remercie d'avance pour vos réponses.

06.02 Frank Vandebroucke, ministre: (...)

Je veux être correct et compréhensible. Il est clair que la variole du singe circule de façon préoccupante. Il faut donc être absolument vigilant sur ce qui se passe. Monsieur Prévot, vous avez raison!

La Belgique a acheté bilatéralement, en dehors des contrats européens, 30 000 vaccins Jynneos de 3^{ème} génération en plus du stock dont nous disposons déjà grâce aux initiatives européennes et à l'initiative de HERA, c'est-à-dire les 3 040 doses de vaccin. Ces 3 040 doses mises à disposition par l'achat en coopération avec l'Union européenne sont utilisées depuis la semaine dernière dans neuf centres de référence du pays pour le traitement des personnes ayant eu un contact à haut risque. On pourra ajouter à cela 30 000 doses (15 000 personnes) mais il faut encore patienter un peu. Ces vaccins supplémentaires seront livrés à l'automne. S'il n'y a pas de retard de production, car ce sont toujours des contrats en termes de *best efforts*, un premier lot de 10 000 doses pourrait être livré en automne.

Actuellement, sur la base des avis du Conseil Supérieur de la Santé et du Risk Management Group, on est très sélectif dans l'usage des vaccins dont on dispose. Ils sont administrés à des personnes qui ont eu des contacts à très haut risque avec des patients infectés par la variole du singe et qui remplissent les conditions actuelles pour pouvoir être vaccinées. Il s'agit notamment des partenaires sexuels et des personnes ayant eu un contact peau à peau prolongé alors que le

in de herfst geleverd zullen worden. Frankrijk gaat nog een stap verder en stelt de vaccinatie open voor meerdere risicogroepen.

Over hoeveel doses beschikken we momenteel nog? Werd de HGR geraadpleegd over een uitbreiding van de vaccinatie tot bepaalde doelgroepen, naar het voorbeeld van Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Quebec? Wat onderneemt men om een opflakking van homohaar, waartoe de verspreiding van dit virus aanleiding zou kunnen geven, te voorkomen?

06.02 Minister Frank Vandebroucke: De verspreiding van het monkeypoxvirus neemt zorgwekkende proporties aan. België heeft, los van de Europese contracten, 30.000 vaccindosissen aangekocht, boven op onze bestaande voorraad. De eerste 3.040 dosissen worden sinds vorige week toegediend in negen referentiecentra in het land, aan personen die een hoogrisicocontact gehad hebben. Zonder vertragingen in de productielijnen worden er in de herfst 10.000 dosissen geleverd.

Op grond van de adviezen van de HGR behouden we de beschikbare vaccins voor aan mensen die een onbeschermd hoogrisicocontact hadden met een besmette persoon: sekspartners, gezinsleden of personen die een patiënt met symptomen verzorgd hebben. Die categorie omvat ook zorgmedewerkers die zonder

patient présentait une éruption cutanée. Les personnes qui font partie du même foyer ou qui ont soigné une personne malade pendant qu'elle était symptomatique, par exemple, y ont également droit.

Le personnel soignant qui a eu un contact occasionnel avec un patient sans porter l'équipement de protection approprié et qui présente un risque plus élevé relève également de cette catégorie. Maintenant, comme je l'ai dit, on attend cette nouvelle livraison en automne, si la production ne pose pas de problème, avec un premier lot de 10 000 doses. Cela permettra de traiter à terme, si les 30 000 doses sont arrivées, 15 000 Belges. Il s'agit notamment de personnes qui bénéficient déjà d'un traitement PrEP, la prophylaxie pré-exposition pour le VIH et du personnel sanitaire des centres de référence qui se chargent quotidiennement des patients atteints de la variole du singe. Pour le déterminer précisément, le RMG demandera au Conseil Supérieur de la Santé, un nouvel avis fondé sur les dernières connaissances scientifiques. Je suis donc un peu prudent concernant les groupes cibles. Il est clair qu'on pourra élargir et qu'on peut évoluer du post-exposition prophylaxis au pre-exposition prophylaxis. On peut faire cette évolution qui est, je crois, souhaitable.

Il y a évidemment des groupes qui entrent immédiatement dans l'agenda, comme le personnel sanitaire des centres de référence qui sont en charge quotidiennement des patients atteints de la variole du singe, ceux qui ont le PrEP dans le contexte du VIH mais avant de me prononcer définitivement, on a malheureusement ou heureusement un peu le temps aussi. Nous voulons donc un nouvel avis du Conseil Supérieur de la Santé.

Permettez-moi de dire aussi que ce sont des vaccins qui sont sûrs! Il n'y a pas de souci. Le problème avec les vaccins traditionnels contre la variole, c'est qu'ils ont des effets secondaires assez importants. Ce sont vraiment des vaccins à utiliser contre une maladie extrêmement dangereuse aussi pour la survie. La variole du singe est une maladie qui est moins dangereuse. Il faut utiliser un vaccin avec moins d'effets secondaires. C'est ce qui va arriver et c'est ce qui est déjà arrivé.

En ce qui concerne les centres de référence, je crois que la presse francophone a déjà publié les centres en question. Je ne vais pas les répéter.

J'espère ainsi avoir répondu à vos questions.

06.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie de votre réponse actualisée, puisque vous avez voulu rester prudent – ce que je comprends, au vu de l'évolution rapide et préoccupante de cette variole du singe. C'est pourquoi il faut rester vigilant, et j'entends que vous l'êtes. Vous me confirmez l'annonce récente de l'achat bilatéral par la Belgique de 30 000 vaccins qui viennent s'ajouter aux 3 040 doses déjà achetées à l'échelle européenne.

Quand on ne nuance pas – contrairement à ce que vous avez fait, à juste titre – on pourrait se dire qu'il conviendrait d'acheter davantage de doses et d'imiter nos voisins français qui vaccinent énormément de groupes-cibles: les prostitués et d'autres groupes qui ont été déterminés. J'entends votre prudence. De même, j'ai bien compris que le RMG avait demandé un nouvel avis au Conseil Supérieur de la Santé. C'est évidemment sur cette base que vous pourrez aviser ce

adequate persoonlijke beschermingsmiddelen een occasioneel contact met de patiënt gehad hebben.

Met de 30.000 dosissen zullen we met name de mensen kunnen behandelen die al preps slikken voor hiv, alsook het zorgpersoneel van de referentiecentra die patiënten met het apenpokkenvirus verzorgen. De Risk Management Group zal de Hoge Gezondheidsraad een nieuw advies vragen op basis de recentste wetenschappelijke inzichten.

De traditionele pokkenvaccins hebben ernstige bijwerkingen en worden daarom voorbehouden voor de gevaarlijkste pokkenvarianten. Voor de apenpokken moeten we vaccins van de nieuwe generatie toedienen, die slechts zeer beperkte bijwerkingen hebben.

06.03 Patrick Prévot (PS): Wij blijven alert en voorzichtig. Onze Franse burens hebben ervoor gekozen om meer te vaccineren en een en ander uit te breiden tot andere doelgroepen, zoals de sekswerkers. We zullen zien wat er in het nieuwe advies van de HGR geadviseerd wordt.

qu'il faut faire afin d'essayer d'endiguer cette variole du singe qui nous préoccupe et qu'il faut, évidemment, tenir à l'œil.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

07 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'orthodontie" (55029597C)

07 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Orthodontie" (55029597C)

07.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, de wachttijd voor een afspraak bij de orthodontist kan tegenwoordig oplopen tot anderhalf jaar. Door die lange wachttijden hebben veel orthodontisten een patiëntenstop moeten invoeren.

Volgens de voorzitter van de Belgische Beroepsvereniging van Nederlandstalige Orthodontisten zijn er meerdere verklaringen voor de lange wachttijden. Hij sprak onder andere over de vergrijzing. Veel orthodontisten gaan met pensioen, terwijl de instroom van nieuwe orthodontisten stukt. Volgens hem speelt de lengte van de opleiding daarin een rol, want de opleiding duurt zo'n tien jaar.

Er is echter nog een groter probleem, namelijk het gebrek aan opleidingscentra voor orthodontisten. De beroepsgroep is al langer vragende partij voor een toename van het aantal opleidingsplaatsen, maar momenteel zijn daar onvoldoende middelen voor. Jean-Louis Hanssens, de voorzitter van de beroepsvereniging, heeft voorgesteld om mondhygiënist een korte masteropleiding orthodontie te laten volgen, maar tot op heden is daarvoor nog geen toelating gegeven. Als er op korte tijd geen maatregelen worden genomen, zullen de lange wachttijden in de orthodontie nog tien jaar blijven aanslepen.

Een ander probleem is dat de verplichte ziekteverzekering alleen tot de leeftijd van 22 jaar tegemoetkomt aan de kosten voor orthodontie, indien het kind reeds voor de leeftijd van 15 jaar een eerste keer op consultatie is geweest bij de orthodontist. Sommigen kunnen niet voor die leeftijd op consultatie komen. Wat is uw reactie hierop? Welke oplossingen stelt u voor?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer De Caluwé, ik ben mij bewust van het probleem op het werkveld. De wachtlijsten voor een afspraak bij de orthodontist zijn nog langer geworden ten gevolge van COVID-19. Daarom heb ik sinds het begin van de COVID-19-crisis in de mate van het mogelijke maatregelen genomen die de bestaande leeftijdsgrenzen voor tandheelkundige zorg en orthodontie met zes maanden verlengen. Die maatregel is nog steeds van kracht door de lange wachttijd om een tandheelkundige te kunnen raadplegen.

Bovendien voorziet het nationaal akkoord tandartsen-ziekenfondsen 2022-2023 in een hervorming van de nomenclatuur voor orthodontie en paradontologie. Ik citeer: "De Nationale Commissie tandheelkundigen-ziekenfondsen verzoekt de Technisch Tandheelkundige Raad om na te denken over een eventuele hervorming van de nomenclatuur orthodontie en paradontologie, met inbegrip van het nodige budgettaire kader." De professionele beroepsorganisaties wordt verzocht een voorstel tot hervorming van de nomenclatuur voor

07.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Les délais d'attente chez les orthodontistes sont déjà d'environ un an et demi à l'heure actuelle. Certains orthodontistes n'acceptent plus de nouveaux patients pour l'instant. Cette situation est due au vieillissement, à la durée de la formation et au manque de centres de formation pour les orthodontistes. Le président de l'association professionnelle propose que les hygiénistes bucco-dentaires suivent un master de courte durée en orthodontie.

L'assurance maladie obligatoire n'intervient que jusqu'à 22 ans, à condition que la personne concernée ait consulté un orthodontiste pour la première fois avant l'âge de 15 ans. Vu les longs délais d'attente, ce n'est pas toujours possible. Quelles solutions le ministre propose-t-il?

07.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Les délais d'attente se sont encore allongés en raison de la crise du coronavirus. Au début de cette crise, j'ai relevé de six mois les limites d'âge pour les soins dentaires et d'orthodontie. Vu les délais d'attente, cette mesure reste d'application.

La convention nationale dento-mutualiste 2022-2023 prévoit une réforme de la nomenclature en matière d'orthodontie et de paradontologie. Les organisations professionnelles ont été sollicitées pour élaborer une proposition de réforme de la nomenclature en

orthodontie uit te werken. Dat voorstel zal vervolgens geanalyseerd worden door de Technisch Tandheelkundige Raad en de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen en zal, afhankelijk van de beschikbare budgettaire middelen, uitgevoerd worden. Een dergelijke hervorming zal zeker tijd vragen gezien de complexiteit van de nomenclatuur voor orthodontie. Het is momenteel nog te vroeg om aan te geven wat de conclusies zullen zijn en welke wijzigingen in de nomenclatuur zullen worden aangebracht.

Uit de werkzaamheden van de planningscommissie blijkt dat het aantal actieve orthodontisten in de toekomst zal toenemen. Uit genderanalyse blijkt dat het vooral jonge vrouwen zullen zijn, die oudere mannen zullen vervangen. Daarnaast heeft de Raad van Tandheelkunde in 2013 een advies uitgebracht over de creatie van een nieuw beroep om hen bij te staan op het vlak van mondzorg om zo te kunnen blijven inspelen op de veranderende zorgbehoeften en om verschillende taken te kunnen delegeren. Dat is het advies over de mondzorgassistent uit 2013, advies nr. 2.

Op basis daarvan werd het koninklijk besluit van 28 maart 2018 opgesteld, waarin de opleiding en de bevoegdheden van mondhygiënisten zijn vastgelegd. Van de handelingen die door mondhygiënisten mogen worden uitgevoerd, vallen sommige binnen het domein orthodontie. Ik hoop dat de creatie van het nieuwe beroep zal bijdragen tot een betere toegang tot tandheelkundige zorg.

Aangezien het om een nieuw beroep gaat en er nog geen duidelijk zicht is op de impact van mondhygiënisten op de toegang tot tandheelkundige zorg, is het nog te vroeg om het wettelijk kader met betrekking tot hun bevoegdheden aan te passen. Ik herinner eraan dat afgestudeerden van het Nederlandstalig onderwijs nog maar sinds enkele jaren actief zijn en dat de eerste afgestudeerden van het Franstalig onderwijs dit jaar hun intrede doen op de arbeidsmarkt.

Ten slotte wijs ik erop dat de algemene tandartsen toegang hebben tot de nomenclatuur voor orthodontie en dat ze in 2019 tot 30 % van die prestaties voor hun rekening nemen.

07.03 Robby De Caluwé (Open Vld): De toegankelijkheid van de zorg is inderdaad een prioriteit voor u, maar ook voor iedereen in het Parlement. Een van de hinderpalen op dat vlak is de lange wachttijd bij heel wat zorgbeoefenaars en de patiëntenstop die hier en daar wordt ingevoerd. Vorige week hadden we ongeveer hetzelfde debat in verband met de logopedisten.

Ik ben alvast blij om te horen dat u zoekt naar oplossingen. Ik kijk in elk geval uit naar hoe u de problemen zult aanpakken.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.24 uur.

La réunion publique de commission est levée à 12 h 24.

matière d'orthodontie. Une fois l'analyse nécessaire effectuée, cette réforme sera appliquée en fonction des budgets disponibles. Cela demande un certain temps. Il est encore trop tôt pour dire quelles seront les conclusions.

Selon la commission de planification, le nombre d'orthodontistes actifs va augmenter et la profession va se féminiser.

L'arrêté royal du 28 mars 2018 a réglementé la formation et les compétences des hygiénistes bucco-dentaires. Ceux-ci peuvent également exécuter certaines prestations orthodontiques. J'espère que cette nouvelle profession contribuera à un meilleur accès aux soins dentaires. Une modification de la loi n'est pas encore à l'ordre du jour. Les premiers diplômés ne travaillent que depuis quelques années. Il est encore trop tôt pour en évaluer l'impact.

Les dentistes généralistes ont accès à la nomenclature d'orthodontie. En 2019, ils ont accompli jusqu'à 30 % des prestations.