

COMMISSIE VOOR DE
VOLKSGEZONDHEID, HET
LEEFMILIEU EN DE
MAATSCHAPPELIJKE
HERNIEUWING

van

DINSDAG 18 JULI 2017

Namiddag

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

du

MARDI 18 JUILLET 2017

Après-midi

La réunion publique de commission est ouverte à 14.17 heures et présidée par Mme Muriel Gerkens. De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.17 uur en voorgezeten door mevrouw Muriel Gerkens.

La **présidente**: La question n° 19272 de Mme Renate Hufkens est transformée en question écrite.

01 Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la profession d'infirmier responsable des soins généraux" (n° 19407)

01 Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het beroep van verantwoordelijk algemeen ziekenverpleger" (nr. 19407)

01.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, vous avez peut-être apporté des réponses depuis le dépôt de ma question.

Le 12 mai, les fédérations représentatives des infirmiers et infirmières francophones ont organisé un colloque portant notamment sur la nouvelle définition du métier d'infirmier responsable des soins généraux. Il y est apparu que vous n'aviez pas encore pris position sur la reconnaissance d'une nouvelle fonction ou profession d'aide-soignant mieux formé qu'aujourd'hui ou d'aide infirmier. Or cette nouvelle profession permettrait de préserver une formation accessible à celles et ceux qui, aujourd'hui, relèvent de la formation des "infirmiers brevetés". Sans cette reconnaissance, il est impossible que les Communautés organisent ces formations. Tant les écoles qui organisent la formation concernée que les infirmiers de toutes catégories sont, dès lors, plongés dans l'incertitude.

Nous avons également appris qu'en Flandre, de nombreux acteurs estiment que la formation HBO5 ne pourrait pas répondre aux nouveaux critères de formation minimaux pour être "euro-mobile". Il semble que, du côté germanophone, la formation de bachelier soit prévue pour durer quatre années. Cependant, comme aucune modification de la formation brevetée n'a eu lieu, elle s'étale seulement sur trois ans.

Madame la ministre, où en sont vos ambitions au sujet des aides-soignants? Quid d'une éventuelle fonction soignante susceptible d'offrir un avenir à l'enseignement de brevets HBO5 et aux infirmiers qui désirent compléter leur formation en se spécialisant?

À la suite de vos concertations avec les Communautés, pouvez-vous nous indiquer leurs positions respectives?

En mars, vous nous avez présenté une note conceptuelle concernant la profession. Vous y évoquez la place des infirmiers spécialisés et des infirmiers en pratique avancée. Avez-vous déjà une idée et quelle est votre ambition quant au champ de ces spécialisations et pratiques avancées et à la formation complémentaire nécessaire pour atteindre ce niveau?

01.02 **Maggie De Block**, ministre: Madame Gerkens, en ce qui concerne l'aide-soignant, je vais examiner le cadre légal en vigueur, en particulier pour vérifier les activités qui leur sont permises et les conditions

requis. Selon moi, il est nécessaire d'adapter les activités autorisées afin de mieux répondre à la demande de soins.

S'agissant du dossier HBO5, en février dernier, la commissaire européenne chargée de la directive 2013/55 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles m'a informée que toute formation d'infirmier responsable de soins généraux doit satisfaire aux exigences minimales de formation décrites dans la directive, qui a été transposée dans notre législation en juin 2016. Elle a précisé qu'un niveau de formation n'était pas imposé.

Cette formation peut donc être organisée tant dans l'enseignement secondaire professionnel qu'au niveau bachelier ou master. Si une formation ne répond pas aux exigences minimales, elle ne peut pas donner accès au même titre d'infirmier. Les diplômés ne seront pas "euromobiles". J'estime qu'il revient donc aux ministres des Communautés, compétentes pour l'enseignement, de s'assurer que les formations d'infirmiers responsables des soins généraux, au niveau de brevet 5 ou bachelier correspondent aux exigences minimales fixées par la directive et transposées dans la législation belge.

Il ne m'appartient pas de vous donner la position de chaque Communauté à ce sujet. Certains de vos collègues peuvent interroger les ministres concernés.

Dans un système de santé en pleine mutation, les nombreuses spécialisations actuelles des infirmiers seront à repenser. Je pencherais plutôt vers les domaines de spécialisation génériques. Pour ces spécialisations, une formation complémentaire restant à déterminer, sera complétée par une réelle expérience professionnelle dans le domaine - par exemple de deux ans. Le Conseil fédéral de l'art infirmier devrait rendre sous peu un avis qui éclairera la suite des discussions à ce sujet.

J'estime également important que, comme dans beaucoup d'autres pays, nous réfléchissions à développer des pratiques infirmières avancées. Elles devraient relever d'une formation universitaire - niveau master.

Il faut, en tout cas, que les spécialisations des infirmiers permettent à notre système de santé de compter sur des infirmiers encore plus compétents et auxquels le médecin pourra confier davantage d'actes.

01.03 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Merci, madame la ministre.

J'entends bien votre réponse. Elle ouvre des perspectives. Il est perturbant d'être confronté en permanence à des niveaux de pouvoir chargés, l'un de la formation, l'autre de la reconnaissance des compétences et des professions. Ils se renvoient la balle. Dites-moi si je me trompe, mais il y a les compétences à acquérir, qui sont donc définies quel que soit le type d'enseignement qui va les donner. Cela pourra prendre deux, trois, cinq, dix ans. Ce seront les compétences à acquérir qui seront le critère pour pouvoir être reconnu comme infirmier en soins généraux.

01.04 Maggie De Block, ministre: On travaille ce sujet via la Conférence interministérielle de la santé publique, en présence des ministres compétents pour l'enseignement dans les Communautés.

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

02 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les structures pédiatriques dans les hôpitaux" (n° 19381)

02 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de pediatrie in de ziekenhuizen" (nr. 19381)

02.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, un mémorandum de pédiatrie est sorti tout récemment, le 6 juin 2017, signé par le président de l'Association professionnelle belge des pédiatres en lien avec l'Absym. Le moins que l'on puisse dire, c'est que cet appel est extrêmement fort. En effet, la conclusion de ce mémorandum est de rappeler combien "les unités de pédiatrie régionales sont des centres névralgiques de prise en charge globale des problèmes médico-sociaux liés aux enfants. Elles doivent être des centres de référence proches du patient en contact privilégié avec les généralistes et la fermeture intempestive de ces unités entraînerait une réduction drastique de la qualité des soins pour les enfants".

Ils actionnent clairement la sonnette d'alarme en vous demandant avec insistance de ne pas séparer les services de maternité de pédiatrie des urgences. Ils étaient tous leurs propos à la fois sur le fait que, si le taux d'occupation moyen des services de pédiatrie en Belgique oscille autour de 50 %, il y a des pics saisonniers et, plus particulièrement, en hiver, avec toutes les épidémies et virus. Il est donc indispensable de tenir compte de l'occupation en période hivernale pour juger si des lits sont oui ou non superflus. Ils étaient également sur tout le volet de l'hospitalisation de jour pour rappeler l'importance de la prise en charge des enfants en hôpital de jour mais également pour dénoncer le fait que les autorités ne prennent aucune disposition pour les encourager.

Ils rappellent l'importance de la présence des pédiatres au niveau des services d'urgence pour le volet qualitatif, mais aussi pour celui d'économies en examens complémentaires. Et là encore, ils disent qu'aucune initiative positive n'est venue de la part des autorités. Enfin, ils rappellent comme argument le fonctionnement correct d'une maternité qui ne peut être assuré sans la présence d'un service de pédiatrie sans oublier tous les enjeux liés à la prise en charge et la collaboration multidisciplinaire dans les consultations.

Ils dressent un tableau pleinement en phase avec la réalité de terrain, ce dont je peux témoigner. Mais c'est une sonnette d'alarme à votre égard!

Vous les aviez rencontrés en octobre 2016. Depuis lors, une couche est rajoutée au niveau de leur appel, si j'en lis le memorandum du 6 juin 2017, ce que l'on peut comprendre, compte tenu des annonces faites et de la manière avec laquelle vous avancez sur la réforme du paysage hospitalier.

Madame la ministre, tiendrez-vous compte des différents éléments mis en avant par les pédiatres? Par ailleurs, quelle réponse y apportez-vous?

02.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, madame Fonck, comme vous le savez certainement, la politique visant à redessiner le paysage hospitalier comporte différents volets et, compte tenu des compétences fédérales en cette matière, la restructuration de l'offre est basée sur deux notions essentielles: la mise en réseau des hôpitaux et la programmation des missions de soins. La première étape est la formation de réseaux hospitaliers locaux et régionaux. Ces réseaux doivent pouvoir offrir l'ensemble des soins de base à la population locale et l'ensemble du territoire belge doit être couvert par les réseaux.

Dans ce cadre, vous faites référence à la concertation qui a eu lieu avec l'Académie belge de pédiatrie et l'association flamande de pédiatrie. Les discussions portaient, entre autres, sur l'introduction de titres professionnels particuliers dans le domaine de la pédiatrie à un niveau 3 et sur les nouveaux besoins en matière de pédiatrie. De plus, nous recevrons bientôt une délégation des syndicats médicaux sur ce sujet.

Après avoir pesé le pour et le contre des points de vue des deux groupes qui sont quelque peu différents, j'ai l'intention de créer un groupe de travail au sein du SPF, composé des représentants des pédiatres désignés par le Conseil supérieur ainsi que des représentants du Collège pédiatrique. Ce groupe de travail sera chargé de développer une note conceptuelle en vue d'un nouvel arrêté ministériel relatif aux conditions d'agrément spécifiques pour pédiatres, maîtres de stages et services de stages.

En outre, il convient de prévoir un concept intégré dans le domaine de la pédiatrie et ce, après l'annulation récente, comme vous le savez, de l'arrêté royal de 2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé, comme je l'ai déjà mentionné à plusieurs reprises, dans le cadre de la réforme du paysage hospitalier. L'arrêté royal ayant été annulé, il faut recommencer la procédure. Des discussions auront lieu au sein d'un groupe de travail.

02.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous avoue que je suis un peu déçue par votre réponse.

En effet, en ce qui concerne l'appel qui vous est lancé, vous me rappelez les grandes généralités sur la réforme du paysage hospitalier. D'accord! Mais je ne suis quand même pas tout à fait *biësse*! Je connais un peu le cadre. Deuxièmement, vous revenez avec l'arrêté royal. Je vous ai déjà questionnée sur le sujet. Tout cela, je vois bien où l'on va et tout le travail qu'il faut refaire. Mais ce n'est pas de cela qu'il s'agit à travers ma question.

Ma question c'est: "Oui ou non, va-t-on prendre la mesure de la réalité et des enjeux liés aux soins

pédiatriques de qualité, que ce soit à l'hôpital, en consultation, en urgences, en hospitalisation de jour, des liens majeurs entre les services de pédiatrie, de maternité et des urgences? Ne va-t-on pas demain, à travers la réforme des hôpitaux, fermer la moitié des services de pédiatrie?" La question que je vous ai posée...

02.04 Maggie De Block, ministre: Qui a dit qu'on allait fermer la moitié des services de pédiatrie?

02.05 Catherine Fonck (cdH): Si je ne suis pas interrompue, je vais peut-être parvenir à terminer.

Le memorandum qui vous a été adressé au mois de juin n'est autre, madame la ministre, qu'un signal d'alarme. Je ne peux, en la matière, que vous demander de vous pencher sérieusement sur le sujet avec les acteurs concernés et de ne pas avancer unilatéralement avec les pouvoirs spéciaux que vous a octroyés ce gouvernement, sous peine, pour ce qui concerne la qualité de la prise en charge des enfants, d'aller droit dans le mur. Ce ne sera d'ailleurs pas au bénéfice de l'État.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

03 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les accises sur le tabac" (n° 19417)

03 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de tabaksaccijnzen" (nr. 19417)

03.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, j'ai interrogé votre collègue le ministre des Finances, il y a quelques semaines. Le moins que l'on puisse dire, c'est qu'il avait fait une annonce assez fracassante. Au vu de la diminution des recettes fiscales liées au tabac, et compte tenu du dérapage budgétaire, il voulait diminuer les accises sur le tabac dans l'espoir d'augmenter ces recettes fiscales.

C'est une analyse économique pure et dure, et sur le très court terme. Si les recettes fiscales baissent, cela peut en partie être dû à une diminution de la consommation de tabac. Sur le moyen et le long termes, c'est une bonne nouvelle, puisque cela permettra des économies non négligeables pour la sécurité sociale avec une diminution des dépenses liées aux pathologies tabagiques.

Madame la ministre, allez-vous oui ou non bloquer la volonté du ministre des Finances de diminuer les accises sur le tabac? Le prix est en effet le facteur le plus important pour diminuer la consommation de tabac. C'est prouvé scientifiquement par des études internationales.

03.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, les miracles existent. En effet, sur ce point, nous sommes d'accord. Cette dernière commission est un jour de fête.

Je peux vous confirmer que, bien qu'il s'agisse d'une compétence du ministre des Finances, nous avons, ces dernières années, mis en place, au sein du gouvernement, une politique cohérente en matière d'accises. Cette politique a été concrétisée dans le cadre de l'accord relatif au *tax shift*, dans lequel il a été choisi, avec résolution, d'augmenter le salaire net des citoyens tout en rendant moins attractifs les choix qui sont mauvais pour la santé. Surtout que, comme vous l'avez déjà dit, le prix a une grande influence dans la décision d'achat.

À la lumière de cette certitude et de cette vision, nous nous sommes focalisés, d'une part, sur certains produits (le tabac à rouler) et, d'autre part, sur les modalités de prix (les accises spécifiques et minimales).

Je reste convaincue qu'il s'agit de la bonne approche et je continuerai à défendre ce point de vue.

Par ailleurs, je suis d'accord pour dire qu'une diminution du montant des accises signifie que l'on fume moins. Lorsque l'on se trouve face à un grand nombre de personnes, on peut constater que rares sont celles qui fument encore.

D'autres mesures sont évidemment nécessaires, mais en termes de santé publique, on enverrait un mauvais signal en diminuant le taux des accises. Il semble que le ministre des Finances ait un autre point de vue que le mien. Mais je défendrai mon point de vue au sein du gouvernement.

03.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous êtes d'accord, c'est bien et c'est déjà une chose. Mais j'attends la suite.

En effet, ce n'est pas la première fois que vous avez une divergence avec le reste du gouvernement. Et, malheureusement, dans le passé, ce n'est pas vous qui avez eu gain de cause.

Je vous demande donc la plus grande vigilance ainsi que celle de l'ensemble de vos collègues de ce gouvernement. Sachez, en tout cas, que lorsque j'ai interrogé le ministre Van Overtveldt, il y a deux ou trois semaines en séance plénière, il a laissé la porte ouverte.

En outre, je profite de l'occasion qui m'est donnée pour dire que la Belgique n'a franchement pas une politique ambitieuse en la matière. La France a fixé le prix du paquet de cigarettes à dix euros. Elle a mis en place un paquet neutre. Pour ce qui nous concerne, nous attendons toujours ces annonces, ainsi que l'interdiction complète de la publicité ou encore l'interdiction de fumer dans les voitures pour protéger les mineurs.

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

04 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van het dieselgateschandaal in het licht van de volksgezondheid" (nr. 19547)
- de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de opvolging van de aanbevelingen van de bijzondere commissie Dieselgate" (nr. 19719)
- mevrouw Kattrin Jadin aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de gezondheidseffecten van NO2 in België" (nr. 19921)

04 Questions jointes de

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi du scandale du dieselgate eu égard à la santé publique" (n° 19547)
- M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le suivi des recommandations de la commission spéciale 'Dieselgate'" (n° 19719)
- Mme Kattrin Jadin à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les conséquences du NO2 sur la santé en Belgique" (n° 19921)

La **présidente**: Mme Jadin, absente, est excusée.

04.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ik heb al meerdere keren aan verschillende ministers, ook aan u, vragen gesteld over de opvolging van het dieselgateschandaal. Vaak krijg ik slechts antwoord op een fractie van mijn vragen en wordt ik voor de overige vragen doorverwezen, waardoor er een soort van eindeloos pingpongspel ontstaat.

Wij kennen allen het bestaan van een actieplan en een opvolgingstabel. Nu is het hoog tijd om de aanbevelingen van de bijzondere parlementaire commissie uit te voeren.

Ik stelde u al ooit een vraag over luchtverontreiniging in plenaire vergadering, en gisteren kwam dit thema alweer aan bod in de krant. In uw antwoord zei u dat in het Nationaal Plan Leefmilieu Gezondheid wel degelijk rekening wordt gehouden met de mogelijke gevolgen van luchtvervuiling op onze gezondheid en dat er een project lopende is om gezondheidsdeskundigen op te leiden inzake het effect van milieufactoren op de gezondheid. U zei toen ook dat u ernaar streeft om de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie uit te voeren.

Wij zijn nu weer een hele tijd verder.

Mevrouw de minister, wat is de stand van zaken van het project om gezondheidsdeskundigen op te leiden?

Welke richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie zijn reeds uitgevoerd en welke nog niet? Wat is de timing?

Mijn laatste vraag heb ik al aan ministers Marghem, Bellot en Peeters gesteld, volgens hun diverse

bevoegdheden in de opvolging van de aanbevelingen van het dieselgateschandaal. In mijn schriftelijk ingediende voorbereiding van deze mondelinge vraag heb ik de aanbevelingen opgelijst die onder uw bevoegdheid vallen, namelijk de aanbevelingen 17, 18, 19, 25, 26, 41 en 42. Hoever staat u met de uitvoering ervan?

04.02 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, le 18 mars 2016, la commission spéciale chargée du suivi du dossier Dieselgate adoptait son rapport, au travers duquel une série de recommandations étaient formulées. Sous l'autorité de Mme la présidente, nous avons déjà eu l'occasion d'interroger Mme Marghem. J'ai même souhaité que l'on refasse le point sur l'ensemble des recommandations formulées. À l'instar de ma collègue, nous faisons un peu le tour des ministres pour voir où en est le suivi de ces résolutions.

Dans le volet Santé publique, il était notamment demandé au gouvernement fédéral "de lutter contre toutes les émissions nocives et leurs effets, de miser sur une réduction, non seulement des émissions de NOx, mais aussi de particules fines et d'ozone, ainsi que de tout autre polluant, de poursuivre l'analyse des effets sur la santé publique des émissions excessives de NOx par les véhicules diesel et d'en tirer notamment les conséquences en termes d'objectifs de santé susceptibles de prévenir et de réduire leur impact, de renforcer les analyses d'impact des particules fines sur la santé publique, avec une attention particulière pour toutes les personnes à risque".

Madame la ministre, plus d'un an après l'adoption de ce rapport, pouvez-vous faire le point sur le suivi qui a été donné à ces différentes recommandations? Je vous remercie de la fête que vous nous réservez.

04.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, ik begrijp dat het vervelend is dat zo veel ministers ter zake bevoegd zijn, maar het is zo dat een aantal aanbevelingen van de commissie-Dieselgate, die weliswaar de bescherming van de volksgezondheid betreffen, toch ook behoren tot de bevoegdheid van andere collega's. Het gaat dus om gedeelde verantwoordelijkheid. Ik zal u een overzicht geven van wat mijn diensten op dit vlak realiseren. Voor het overige kan ik alleen in het algemeen meegeven wat de federale overheid of de Gewesten ondernemen.

Voor de opleiding van zorgverstrekkers wordt gewerkt aan twee projecten. Het ene project betreft het ter beschikking stellen van e-learningmodules in medische milieukunde voor huisartsen en specialisten. Een van die modules gaat over de kwaliteit van de buitenlucht en de luchtverontreiniging, alsook de impact ervan op de gezondheid. Het andere project is veel groter en betreft het opstarten van een interuniversitair certificaat in medische milieukunde dat toegankelijk zal zijn voor alle gezondheidsdeskundigen. Dit wordt op dit moment met een aantal universiteiten besproken, namelijk UCL, ULB, ULG, KUL, Gent, Antwerpen en Hasselt. Deze opleiding zal ten vroegste van start kunnen gaan in het academiejaar 2019-2020. Deze twee projecten steun ik samen met de andere ministers van het samenwerkingsakkoord van het Nationaal Actieplan Leefmilieu Gezondheid.

Via de Nationale Cel Leefmilieu Gezondheid die het nationaal actieplan coördineert, ondersteun ik de projecten Belgian Mortality Monitoring en Steden en Vervuiling. Beide projecten hebben als doel de impact van de verschillende aspecten van luchtverontreiniging op de volksgezondheid in ons land in kaart te brengen. Het gaat dus onder meer over de concentraties aan fijnstof maar ook de ozonconcentratie enzovoort.

Ik wijs erop dat op het vlak van het beheer van de luchtkwaliteit de federale overheid alleen bevoegd is om ernstige episodes van luchtvervuiling te behandelen. Wij zijn alleen bevoegd voor het crisismanagement.

La réduction des émissions de polluants et le spectre des plafonds d'émissions relèvent avant tout des entités fédérées. Le gouvernement fédéral a soutenu ces objectifs à l'aide des leviers dont il dispose. Je pense notamment aux accises sur le diesel, à l'adaptation du traitement fiscal des voitures de société – rendu moins favorable aux véhicules diesel –, aux normes d'émissions européennes, rendues plus strictes pour les véhicules motorisés, avec le soutien de la Belgique et, bien entendu, le budget mobilité approuvé récemment et qui permet aux citoyens de choisir leur moyen de transport et de réduire notre dépense aux véhicules de société – *dus de Cash or Car*.

Pour une réponse précise à vos questions, je vous conseille aussi d'interpeller les collègues et de demander, par le biais de votre groupe politique, l'avis des ministres régionaux concernés.

Pour répondre à Mme Jadin, il faut d'abord préciser que ce sont les oxydes d'azote qui sont l'indicateur

mesuré globalement. Le monoxyde d'azote (NO) et le dioxyde d'azote (NO₂) ne sont pas mesurés séparément. En Belgique, la surveillance est effectuée par les trois Régions. Les données journalières et historiques sont disponibles sur www.ursulines.be. L'impact observé sur la santé des concentrations de monoxyde d'azote ou de dioxyde d'azote est difficile à élucider car, la plupart du temps, les oxydes d'azote sont émis ou présents dans l'air avec d'autres polluants, tels que les particules PM10 et PM2.5, ainsi que des polluants moins aisément observables et moins observés, comme les composés organiques volatils ou les hydrocarbures aromatiques polycycliques. Des études toxicologiques démontrent un effet significatif de concentration en NO₂ sur les voies respiratoires.

Nous ne disposons pas de données qui permettraient de quantifier de manière suffisamment précise et fiable la surmortalité comparée à une situation où la pollution serait négligeable et comparable à celle de l'ère pré-industrielle, comme c'est le cas dans l'étude anglaise citée par Mme Jadin.

Néanmoins, il existe plusieurs études sur les données nationales ou bruxelloises, que je peux vous transmettre. Je dispose aussi du résumé du contexte de chacune d'entre elles et de leurs conclusions. Il s'agit de deux rapports rédigés dans le cadre du plan d'actions national Environnement-Santé et de l'étude *Bruxelles dans la Région de Bruxelles-Capitale*.

Je ne dispose que d'un exemplaire, mais je peux vous le communiquer.

La **présidente**: Les recommandations du rapport Dieselgate contenaient un tableau de bord qui devait être élaboré sous la responsabilité du premier ministre. Après quelques recherches, nous nous sommes aperçus qu'il n'avait pas été défini. Nous l'interrogerons à ce sujet.

Je voulais vous proposer, ainsi qu'à vos collègues, au moment de la présentation de la note de politique générale 2018, de consacrer un chapitre "État des lieux des mesures Dieselgate". De la sorte, chaque membre du gouvernement en présenterait le suivi, de la même manière qu'on demande aux ministres de dresser un bilan des résolutions adoptées.

04.04 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, wat u nu komt te zeggen was ook precies de inhoud van mijn repliek. Minister Marghem zei tijdens de vorige commissievergadering, toen collega Senesael en ik dezelfde vragen stelden, die wij overigens aan alle betrokken ministers stellen, dat zij het een zeer goed idee vond om in het najaar met alle bevoegde ministers een gecoördineerde opvolgingscommissie te organiseren.

Ik hoop, mevrouw de minister, dat u een bondgenoot bent. Ik zie u knikken. Dan hebben wij al drie ministers over de koord gekregen, wat de zaken zal vergemakkelijken. Waarvoor dank.

04.05 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse et prends acte et note des informations que vous nous avez apportées.

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

05 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le test MammaPrint" (n° 19553)

05 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de MammaPrint" (nr. 19553)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, le test MammaPrint est un test génomique réalisé sur le tissu tumoral d'un cancer du sein. Il permet de définir deux populations, à risque faible et à risque élevé. Ce test, qui n'est pas remboursé, coûte 2 850 euros. C'est évidemment beaucoup.

En février dernier, en réponse à une question parlementaire, vous aviez indiqué qu'avant d'envisager le remboursement de ce test, vous vouliez attendre la publication officielle de l'étude MINDACT et l'actualisation du rapport du KCE, notamment concernant le rapport coût/efficacité.

Le rapport MINDACT est sorti depuis dix mois. Le temps file. Il a été publié dans une revue de référence, le *New England Journal of Medicine*, et il a démontré l'intérêt d'analyser les informations génomiques contenues dans les tumeurs pour éviter surtout des chimiothérapies inutiles à certaines femmes atteintes

d'un cancer du sein précoce de type hormono-dépendant.

Au niveau du KCE, la dernière information que j'ai eue sur cette étude, c'est qu'elle était en cours mais c'était en janvier 2017. Nous sommes au mois de juillet.

Madame la ministre, avez-vous pris connaissance des résultats de l'étude MINDACT du *New England Journal of Medicine*? Allons-nous pouvoir disposer rapidement de l'étude 2017-01 du KCE sur le même sujet? Surtout, quelles suites comptez-vous donner à ce dossier? C'est un enjeu qui est vraiment très, très important pour les femmes qui présentent un cancer du sein.

05.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, en ce qui concerne l'étude MINDACT, nous avons bien sûr lu avec attention et intérêt cette étude et les résultats positifs présentés notamment par Mme le Pr Martine Piccart. Ces résultats ont déjà été présentés antérieurement par le Pr Piccart de l'Institut Bordet, lors du congrès de 2016 qui s'est tenu du 16 au 20 avril. Nous avons, dès avant la publication dans le *New England Journal of Medicine*, demandé au KCE l'actualisation du rapport 237B publié le 13 janvier 2015. Le rapport de l'étude du KCE devrait être possible en décembre 2017.

En ce qui concerne nos propos antérieurs, nous estimons probable que de nouvelles dispositions quant au remboursement des tests disponibles en Belgique devront être prises. Il est, pour nous, évidemment nécessaire d'avoir cette étude afin d'opter pour les pratiques les plus efficaces, tant sur le plan du diagnostic qu'en termes d'économies en matière de santé.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je prends note que vous annoncez les résultats de cette étude pour décembre 2017. C'est long! Je crois qu'une véritable question éthique est sur la table. Les oncologues et les hématologues proposent déjà aux femmes présentant malheureusement un cancer du sein de bénéficier de ce test. Certaines peuvent se le permettre en pratique, compte tenu de leurs moyens financiers, d'autres pas. Cela pose une question éthique. Pourquoi continuer à proposer une chimiothérapie alors qu'on sait que l'étude est extrêmement positive? On va proposer une chimiothérapie qui va coûter plus cher que le test de 2 850 euros à une femme à qui le test pourrait démontrer qu'elle ne sera pas effectivement sensible à ce traitement, et qu'on pourrait l'éviter. Éviter une chimiothérapie inutile est véritablement une question éthique. Je demande donc qu'un coup d'accélérateur soit donné. C'est un enjeu majeur dans l'approche de ces femmes. Il tient la route économiquement compte tenu des économies réalisées en évitant des chimios inutiles, sans parler du volet qualitatif.

05.04 Minister Maggie De Block: Mevrouw Fonck, u vraagt respect voor de onafhankelijkheid van het kenniscentrum. Ik respecteer het werk van het kenniscentrum. Het zou dan ook verkeerd zijn om nu al stappen te ondernemen als de studie pas in december wordt aangeleverd. Ze is gestart in januari, beloofd tegen december. Het kenniscentrum heeft zich al altijd aan de timing gehouden.

Ik vind hun opdracht erg belangrijk. Ik ben het ook eens met al uw motieven, maar alles moet toch wetenschappelijk onderbouwd zijn, om te vermijden dat wij in het duister vooruit vliegen.

Ik ben het er dus mee eens dat het een ethische zaak betreft, en dat wij geen chemotherapie moeten geven aan mensen voor wie dat geen resultaat heeft, of zelfs slechtere resultaten oplevert. Dan is de vraag of de testen terugbetaald gaan worden. Of gaan wij verder blijven betalen voor chemotherapieën die onnodig zijn en de levenskwaliteit van deze vrouwen zwaar aantasten.

Als ik een onderbouwde studie vraag aan het kenniscentrum, kan ik niet anders doen dan daarop wachten. Zij hebben immers hun werkwijze en methodologie. Zo hebben wij dat ook gedaan voor andere beslissingen zoals de NIPT en dergelijke. Als er een wetenschappelijke onderbouwing nodig is, dan moet ik daarop wachten.

05.05 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, la question centrale n'est évidemment pas le temps que met le KCE, mais qu'il s'agit d'une question éthique – vous êtes d'accord avec moi. Nous disposons d'une étude. Je ne pensais pas que l'étude MINDACT serait aussi clairement positive. Je constate simplement que les oncologues proposent ce test à leurs patientes; c'est logique, et je ferais la même chose à leur place. Comme ministre de la Santé, vous avez la responsabilité de faire progresser ce dossier.

Je vous remercie.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

06 Question de Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la programmation des appareils IRM" (n° 19555)

06 Vraag van mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de programmatie van de MRI-apparatuur" (nr. 19555)

06.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, je profite de la publication récente de l'UNESSA sur le nombre d'IRM en Belgique. Je vous ai déjà interrogée à plusieurs reprises à ce sujet. Vous me renvoyez à chaque fois au protocole sur l'imagerie médicale, qui date de 2014.

En juin 2017, l'UNESSA a publié les résultats de son analyse des besoins en IRM entre 2010 et 2015. Elle constate que l'augmentation du nombre d'appareils est liée à une augmentation des besoins, c'est-à-dire une augmentation des demandes d'examens prescrits par les médecins: "Alors que le nombre d'appareils a augmenté de 6 % entre 2010 et 2015, le nombre de contacts patients par appareil a augmenté de 30 % et les délais d'attente pour obtenir un examen ont augmenté de 21 %."

Madame la ministre, il y a quelques temps, vous m'aviez dit que vous attendiez une évaluation. Cette évaluation a-t-elle été réalisée? Quels en sont les résultats? Pouvons-nous en disposer? Quels sont les critères et la méthode utilisés? Quelles suites allez-vous donner aux conclusions lorsqu'elles auront été rédigées?

Je répète encore ce que j'ai déjà dit dix fois: je plaide pour un glissement du scanner vers l'IRM. Cela permettrait de diminuer les délais pour les patients. On éviterait de faire un scanner parce qu'il est possible de le faire immédiatement, alors qu'une IRM sera de toute façon demandée. Deux examens sont pratiqués; un seul l'aurait été s'il était possible de faire l'IRM tout de suite lorsque c'est indiqué. Ces examens répétés coûtent davantage, pour un diagnostic immédiat de moindre qualité. Une réforme peut être menée à ce propos, à travers un glissement qui peut être positif pour chacun.

06.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, l'évaluation de la programmation de résonance magnétique nucléaire (RMN) est en cours. J'ai demandé à la plate-forme d'imagerie médicale belge (BELMIP) de rendre un avis sur la programmation. Cet avis tiendra compte d'un rapport sur lequel travaille actuellement le service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, lequel se base sur un audit effectué dans quelques hôpitaux et sur une évaluation des données. Ce service identifie notamment les heures d'ouverture, les délais d'attente et les flux de patients pour la RMN.

Pour ce qui concerne l'analyse des délais d'attente, sachez que le service d'évaluation s'est penché sur les données de consommation en vue de déterminer si la mise en place des nouveaux appareils allait de pair avec un glissement des examens CT-scan vers des examens IRM.

En d'autres termes, l'étude du service d'évaluation porte non seulement sur les délais d'attente, mais également sur ce glissement des examens CT-scan vers des examens IRM, conformément aux recommandations pour un usage adéquat de l'imagerie médicale. Cette analyse est toujours en cours. Elle sera finalisée une fois que les données de facturation seront entièrement disponibles au sein du service d'évaluation, c'est-à-dire fin septembre.

Le service donne un feedback régulier sur les résultats intermédiaires. La BELMIP est en train de préparer son avis en se basant sur ces résultats intermédiaires. Dès que l'avis de la BELMIP et le rapport du service d'évaluation seront terminés, ils feront l'objet d'une discussion.

L'augmentation du nombre d'appareils demandera une extension de la programmation. Une concertation avec les entités fédérées pourra, ensuite, démarrer. Toutefois, il manque encore un élément d'analyse d'UNESSA. Tous les examens sont-ils bien prescrits à juste titre? Il serait plutôt simpliste de dire qu'une augmentation des demandes prescrites par les médecins correspond à une augmentation des besoins.

Un des chantiers principaux dans le cadre de l'imagerie médicale consiste donc à toujours mieux faire correspondre le profil de prescription aux directives *evidence based*, à sensibiliser et à responsabiliser les prescripteurs à ce sujet. C'est la raison pour laquelle j'étudie la possibilité d'introduire un système de *clinical decision support*. J'insiste ici sur le fait qu'il convient de lancer des projets-pilotes régionaux avec

prescription électronique en imagerie médicale, ce en concertation avec la BELMIP, l'assurance maladie, les hôpitaux et les médecins. Le support à la prise de décision aidera aussi à continuer à justifier l'indication et à définir le degré de priorité de l'examen en question.

06.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je vous avoue que tout confier aux *clinical decision support systems* peut poser problème. Je sais que cette approche devient systématique, mais cela se passe différemment sur le terrain en ce qui concerne les patients. En tout cas, il est certain que la qualité et les performances en pâtissent. Le système actuel doit être changé, compte tenu des délais d'attente, de la carence des IRM, du coût des scanners et du plus grand nombre d'irradiations.

Je crois véritablement dans ce glissement du scanner vers la résonance et dans la réduction du délai d'attente pour les patients. Cela permettra de rompre le cercle vicieux en vigueur. Je vous remercie.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

07 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het budget voor de terugbetaling van BAHA-hoorapparaten" (nr. 19387)

07 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le budget alloué au remboursement des appareils auditifs BAHA" (n° 19387)

07.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, we hebben het al verschillende keren gehad over het verschil in terugbetaling tussen de twee types hoorapparaten, BAHA en CI. U hebt gezegd dat die BAHA-hoorapparaten onder de bevoegdheid van het overleg audiciens-verzekeringsinstellingen vallen. Uit uw antwoord begreep ik echter dat dit dan wel binnen de huidige enveloppe is. Ik heb wel een suggestie gevonden om budget ervoor vrij te maken. Het betreft de huidige procedure voor de terugbetaling van hoorapparaten in het algemeen. Als ik mij correct heb geïnformeerd is de procedure als volgt. Met een gehoorprobleem gaat men eerst naar de huisarts of dat zou men toch moeten doen, die verwijst dan door naar een NKO-arts die indien nodig nog een voorschrift geeft voor een proef met een hoorapparaat dat de persoon in kwestie dan kan laten aanmeten bij een audicien of audioloog. Men zou denken dat het dan zou stoppen, maar blijkt dat niet het geval. De betrokkene moet daarna terug naar de NKO-arts en vervolgens moet hij een attest van de adviserend geneesheer van de mutualiteit hebben voor de terugbetaling kan gebeuren. Uit cijfers die ik van de sector heb gekregen blijkt dat die controle door de NKO-arts noch door de adviserend geneesheer tot aanpassing van de behandeling leidt. Het is integendeel in de meeste gevallen een bevestiging van wat werd voorgeschreven en aangemeten. De zowat enige reden voor bijsturing – ik heb die redenen eens doorgenomen – betreft dan blijkbaar wat administratieve zaken, bijvoorbeeld een formulier dat niet correct werd ingevoerd. Dat gebeurt immers ook nog allemaal op papier.

Mevrouw de minister, is die extra controle door de NKO-arts en door de adviserend geneesheer van de mutualiteit nodig, zeker aangezien die in de praktijk blijkbaar toch niet tot wijziging of bijsturing van de behandeling leiden? In ons zorglandschap, bijvoorbeeld vergeleken met de Europese context, genieten de audiciens/audiologen immers wel een volwaardige en stevig uitgebouwde bacheloropleiding.

Ten tweede, waarom is dat zo bepaald? Wat vindt u van het idee om dat te schrappen zodat niet alleen de personen die een hoorapparaat nodig hebben tijd besparen maar zodat we ook financieel iets kunnen besparen voor de maatschappij terwijl we ook qua tijd en administratie besparen? Hebt u er een idee van welk budget er zou kunnen bespaard worden als we die overbodige tussenstappen zouden schrappen?

Tot slot wees ik er al op dat die formulieren ook nog allemaal op papier moeten worden doorgestuurd. Voelt u er iets voor om dat elektronisch te doen? Ook daar lijkt mij een besparing mogelijk.

07.02 Minister Maggie De Block: Dank u voor uw vraag, juffrouw Van Camp.

De procedure die u beschrijft, noemen wij het tweetrapsvoorschrift waarbij de voorschrijvende NKO-arts na een eerste test door de audicien zijn oorspronkelijke voorschrift bevestigt. Dat zorgt ervoor dat de voorschrijver weet of zijn voorschrift een voordeel geeft bij de patiënt en laat toe het voorschrijfgedrag in te schatten.

Daarnaast is er enkel een verplichting voor de NKO-arts om de patiënt opnieuw fysiek te zien bij uitzonderingsgevallen bij minderjarigen. In alle andere gevallen is een schriftelijk akkoord – zonder de

patiënt te zien – van de NKO-arts voldoende. De neus-, keel- en oorarts kan wel vragen om de patiënt opnieuw te zien indien hij dat zelf wil, maar dat is niet verplicht. De a-prioriconrole door de adviserende geneesheer van de verzekeringsinstelling gebeurt om te controleren of aan alle voorwaarden voldaan wordt om tot terugbetaling over te gaan.

Het schappen van het tweetrapsvoorschrift en/of de a-prioriconrole door de adviserende geneesheer is een procedure die overeengekomen is in de Overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringsinstellingen. Daar zegt men dat men geen weet heeft van een vertraging in de aanvraagprocedure op het niveau van de neus-, keel- en oorartsen, noch op het niveau van de ziekenfondsen. De adviserende geneesheer moet trouwens zijn beslissing binnen de 15 werkdagen meedelen.

De Overeenkomstencommissie audiciens-verzekeringsinstellingen had vorige maand ook een onderhoud met het Nationaal Intermutualistisch College om ook in deze sector MyCareNet op te starten, wat zou betekenen dat de audiciens alvast toegang zouden krijgen tot de module van de verzekeraar. Andere modules kunnen volgen in de toekomst, binnen een planning voor het geheel van de sectoren die met het verzekeringscomité van het RIZIV wordt afgestemd.

Als het gaat om overeenkomstencommissies, dan ben ik daarin geen partij. Zij stemmen onder elkaar af en komen daarin overeen. Nu zijn ze naar het Nationaal Intermutualistisch College getrokken om ook MyCareNet te kunnen gebruiken, maar ik, als minister van Volksgezondheid, ben daarin geen partij. Ik word geacht te respecteren wat de overeenkomstencommissies beslissen.

07.03 Yoleen Van Camp (N-VA): In ieder geval bedankt, mevrouw de minister.

Uit uw vorige antwoorden op diezelfde vraag had ik al begrepen dat het ook aan het overlegorgaan is om de terugbetaling van de BAHA-hoorapparaten te herbekijken. Ik zal hun zeker de suggestie overmaken om niet enkel het systeem van tweetrapsvoorschriften in deze zin te herbekijken, maar ook om de potentiële besparingen door verdere elektronisering van het proces aan te wenden om de terugbetaling van hoorapparaten te verhogen.

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

08 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de verpleegkundige zorg in de sector van mensen met een beperking" (nr. 19495)

08 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les soins infirmiers dans le secteur des personnes handicapées" (n° 19495)

08.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, vroeger werd er voor de zorg voor personen met een beperking bijna standaard naar een instelling verwezen, omdat er weinig alternatieven waren. Vandaag evolueert die zorg naar extramurale zorg en wordt steeds vaker een volwaardig zorgpakket thuis aangeboden, dat uitgaat van de sterkte van de persoon en die persoon centraal stelt. Ondersteuning wordt dan ingepast in het dagelijkse leven van de zorgbehoevende.

Het persoonsvolgend budget is een nieuwe stap daarin. Maar dat brengt voor de sector toch problemen op het vlak van de paramedische ondersteuning met zich. Vroeger werd verpleegkundige zorg vaak in loonverband aangeboden binnen een intramuraal kader. Vandaag leven de mensen met een beperking echter veel zelfstandiger, in projecten van bijvoorbeeld begeleid wonen en nachtopvang. De betrokkenen hebben niet alleen ondersteuning voor ADL nodig, maar vaak ook voor andere, kleine of grote zaken. Ik denk aan verpleegkundige zorg, de toediening van medicatie of wondzorg.

De instellingen ondersteunen nu vooral via opvoeders, die bij de hulpbehoevenden worden geconfronteerd met de nood aan hulp bij inname van medicatie of wondzorg ofwel thuis of zelfs op daguitstap. Het verstrekken van medicatie is voorbehouden aan verpleegkundigen, maar in de praktijk zijn het de opvoeders, die mee op uitstap gaan. Het is moeilijk om voor het toedienen van een paar pillen, om het cru te zeggen, ook een verpleegkundige mee op daguitstap te sturen. Een gelijkaardig probleem rijst er wanneer thuisverpleegkundigen, die niet in instellingen mogen opereren – begeleid wonen en nachtopvang worden als dusdanig aangezien –, met die behoeften worden geconfronteerd.

Als opvoeders in hun contacten met personen met een beperking worden geconfronteerd met

verpleegkundige zorgnoden, bijvoorbeeld op uitstap met een groep, welke weg moet dan bewandeld worden en hoe kan men zich juridisch indekken? Zoals gezegd is het financieel niet haalbaar om een verpleegkundige mee te nemen op dergelijke uitstap.

Hebben mensen met een beperking via hun persoonsvolgend budget recht op thuisverpleging – ik vraag dat aan u, omdat dat nog altijd onder uw bevoegdheid valt – en de terugbetaling ervan, ook als zij verbonden zijn aan een open instelling? Daarbij denk ik aan collectieve woonsettings van paritair comité 319, waar de budgetten het niet toelaten om te differentiëren in functies.

Tot slot, wordt die problematiek erkend en zal die meegenomen worden in de herziening van het koninklijk besluit nummer 78? Zo ja, op welke manier concreet? Kan het attest van bekwame helper ter zake soelaas bieden? Dan nog blijft de vraag hoe de verpleegkundige dan ingeschakeld kan worden.

08.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, de problematiek die u aankaart, is niet nieuw, ook mijn voorgangers hebben daarover hun hoofd gebroken.

Tijdens de vorige legislatuur vonden er vooral veel discussies plaats tussen de federale en de gedefedereerde overheden in het kader van de interministeriële conferentie Volksgezondheid en die zijn ook heropgestart. Er is vastgesteld dat de strikte regelgeving over de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen inderdaad een barrière vormt voor de zorg of zelfs de kwaliteit van het dagelijkse leven van de patiënt. Uit de feiten blijkt het onmogelijk te zijn om de verstrekkingen van de gezondheidszorg steeds, overal en altijd te laten uitvoeren door de bevoegde gezondheidszorgbeoefenaar. De toediening van medicijnen tijdens een uitstap is een van de vele voorbeelden.

Ik ga met u akkoord dat er een oplossing moet worden geboden, zodat bepaalde handelingen die voorbehouden zijn aan gezondheidszorgbeoefenaars, uitgevoerd kunnen worden door personen die zich in de omgeving van de patiënt bevinden, zoals een mantelzorger, een opvoeder, een kinderbegeleider in een crèche en een leerkracht, op voorwaarde natuurlijk dat aan een aantal kwaliteitseisen voldaan wordt. Zij moeten daarin worden opgeleid, met het oog op het waken over de kwaliteit van de gezondheidszorgverlening.

Dat werd inderdaad meegenomen in de reflecties omtrent de herziening van het koninklijk besluit nr. 78. Ik wil namelijk de bepaling daarin omtrent de onwettige uitoefening van de geneeskunst, wijzigen, zodat niet-gezondheidszorgbeoefenaars binnen een welbepaald kwaliteitskader handelingen die tot de gezondheidszorg behoren bij een specifieke patiënt mogen uitvoeren, wat vooralsnog niet toegelaten is.

Het kwaliteitskader omvat minstens het voor de specifieke patiënt opgestelde zorgplan of -procedure, de toestemming van de patiënt en de toestemming van de gezondheidszorgbeoefenaar. Dat concept werd samen met dat van bekwaam helper voorgesteld op de startconferentie en wordt nader uitgewerkt.

Opdat er een breed draagvlak zou zijn voor de nieuwe omschrijving van onwettige uitoefening van de geneeskunst, met bijhorende uitzondering en kwaliteitskader, wordt het ontwerp op vraag van de interministeriële conferentie Volksgezondheid voortbesproken in de IKW Gezondheidszorgberoepen. Er wordt gestreefd naar een protocolakkoord, waarin alle betrokkenen zich kunnen vinden en dat zou kunnen voorgelegd worden, als het werk verder goed blijft vooruitgaan, op de interministeriële conferentie van november van dit jaar.

In verband met de financiering van thuisverpleging, voor de terugbetalingmodaliteiten voor thuisverpleging, artikel 8 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen, gelden geen specifieke regels noch omvat het een verbod op een vergoeding van de verstrekkingen aan patiënten met een persoonsvolgend budget.

Uiteraard moeten wij het algemene verbod op een dubbele financiering blijven respecteren. Indien de verpleegkundige activiteit reeds gefinancierd wordt via dat budget of via de financiering van een instelling, kan dat niet nogmaals vergoed worden via de verzekering voor geneeskundige verzorging. Maar als wij daarover waken, is er voor de rest geen probleem.

08.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, ik merk duidelijk dat de problematiek goed bekend is en dat de herziening van koninklijk besluit nr. 78 daarvoor zeker een oplossing zou kunnen bieden. Ik volg het dossier dan ook van nabij.

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

09 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "extra budget voor elektronische wilsverklaring inzake euthanasie" (nr. 19569)**

09 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "un budget supplémentaire pour la déclaration anticipée électronique en matière d'euthanasie" (n° 19569)**

09.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, tijdens het zeer interessante symposium "Vijftien jaar euthanasie", georganiseerd door uw partij op 11 mei 2017, vroeg de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie om meer budget voor de elektronische wilsverklaring. U hebt al verschillende keren gezegd dat u pro digitalisering bent.

Vandaar dus mijn volgende vragen.

Steunt u de vraag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie? Indien ja, bent u van plan om inderdaad meer budget toe te kennen aan de elektronische wilsverklaring? Waarom wel of waarom niet, en wanneer precies?

09.02 Minister **Maggie De Block**: Volgens mijn informatie betreft de vraag van de Federale Controle- en Evaluatiecommissie Euthanasie geen elektronische applicatie voor het indienen van wilsverklaringen door de burgers, maar vraagt de commissie om te voorzien in een elektronisch registratiedocument voor artsen die een euthanasie uitvoeren. Een dergelijke elektronische registratie heeft als doel het voorkomen van onvolledig of foutief ingevulde data, het voorkomen van onjuiste antwoorden op de gestelde vragen en het faciliteren van de verwerking van de verzamelde gegevens door de commissie die de controle van elke geregistreerd euthanasie als opdracht heeft.

Momenteel gebeurt de controle nog op papier en elk registratiedocument wordt dan ook nog per post opgestuurd naar de commissieleden. Aangezien het aantal documenten nu al meer dan 1 000 per jaar bedraagt, is dat een tijdrovende opdracht, waarmee veel papier en postzegels gepaard gaan.

U weet dat de commissie volledig autonoom werkt en enkel aan het Parlement rapporteert. De rol van de regering beperkt zich ertoe een administratief kader ter beschikking te stellen van de commissie, de werkings- en personeelskosten voor haar rekening te nemen, zoals bepaald in artikel 10 en 11 van de wet van 28 mei 2002.

Mijn diensten plannen op dit moment de verdere informatisering van de processen. Ik zal hen dan ook vragen om te onderzoeken of deze vraag daarin kan passen, rekening houdend met het budgettair kader. Het lijkt me wel niet zo'n ingewikkelde zaak. In afwachting bekijken we samen met de euthanasiecommissie of er ook andere zaken kunnen worden gedaan met betrekking tot de bestaande procedure.

09.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Dank u wel voor uw antwoord.

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

10 **Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "e-gezondheid bij migranten" (nr. 19570)**

10 **Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'e-santé pour les migrants" (n° 19570)**

10.01 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, de resultaten van het Europees project RE-HEALTH werden gepresenteerd tijdens een conferentie in mei 2017. Het project is gestart in februari 2016 door de Migratie Gezondheidsdivisie van de Internationale Organisatie voor Migratie.

Het project had vier ambitieuze doelstellingen. Ten eerste, linken maken tussen de belangrijkste ontvangstgebieden voor vluchtelingen en migranten en de gezondheidssystemen daar. Ten tweede, het gebruik van het Personal Health Record en het bijbehorende handboek uitbreiden, dit vooral om de

gezondheidstoestand van aankomende vluchtelingen beter te kunnen monitoren en evalueren. Ten derde, ervoor zorgen dat gezondheidsbeoordelingen en preventieve maatregelen worden geïmplementeerd, met een bijzondere aandacht voor kinderen en andere kwetsbare groepen. Ten vierde, ervoor zorgen dat de data worden verzameld en bewaard in een database zodat deze beschikbaar zijn in transitlanden en het land van de eindbestemming van de migrant of vluchteling.

Mevrouw de minister, kent en steunt u dit initiatief? Zult u maatregelen nemen om dit systeem van e-gezondheid bij migranten en vluchtelingen te integreren? Bestaan er samenwerkingsverbanden op Europees niveau of bilateraal om dit te faciliteren? Kan België in de e-gezondheid een voortrekkersrol spelen, zeker bij migranten?

10.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Dedry, het project dat u vermeldt werd opgestart vanuit het regionaal bureau van de Internationale Organisatie voor Migratie. Daar heb ik in mijn vorige functie als staatssecretaris veel mee samengewerkt. Het is nu de bevoegdheid van mijn opvolger, staatssecretaris Theo Francken.

Op dit moment is het geïmplementeerd in Griekenland, Italië, Kroatië en Slovenië. Het legt de focus op de vluchtelingen en migranten die recent in het ontvangende land arriveerden.

Ik ben daarvoor niet bevoegdheid. Ik raad u aan om uw vragen, die pertinent zijn, aan de heer Francken te richten.

Mochten de diensten die onder zijn bevoegdheid staan aan het project deelnemen, dan zullen wij met de federale gezondheidsadministratie bekijken wat zij kunnen bijdragen.

10.03 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, dat is duidelijk. Ik zal dat verder bevragen.

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

11 Questions jointes de

- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la mise en œuvre de la loi du 21 décembre 2013 visant à renforcer la transparence, l'indépendance et la crédibilité des décisions prises et avis rendus dans le domaine de la santé publique, de l'assurance-maladie, de la sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement" (n° 19572)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'exécution de la loi visant à renforcer la transparence, l'indépendance et la crédibilité des décisions prises et avis rendus dans le domaine de la santé publique, de l'assurance-maladie, de la sécurité de la chaîne alimentaire et de l'environnement" (n° 19902)

11 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet van 21 december 2013 tot versterking van de transparantie, de onafhankelijkheid en de geloofwaardigheid van de beslissingen en adviezen op het vlak van de gezondheid, de ziekteverzekering, de veiligheid van de voedselketen en het leefmilieu" (nr. 19572)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de uitvoering van de wet tot versterking van de transparantie, de onafhankelijkheid en de geloofwaardigheid van de beslissingen en adviezen op het vlak van de gezondheid, de ziekteverzekering, de veiligheid van de voedselketen en het leefmilieu" (nr. 19902)

11.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, cette loi, qui a représenté un long travail, notamment avec ma collègue Thérèse Snoy, a repris un grand nombre d'éléments qui avaient été amenés dans les propositions parlementaires Ecolo-Groen! visant la prévention des conflits d'intérêts. D'où notre suivi attentif.

Il arrivait fréquemment que les déclarations d'intérêts n'étaient pas toujours demandées, que l'indépendance des experts invités dans les comités d'avis n'était pas non plus toujours vérifiée, notamment en ce qui concerne les examens de toxicité de substances mises sur le marché, etc. Par ailleurs, d'autres études plus indépendantes mais hors système habituel étaient souvent dénigrées par des auteurs scientifiques plus dominants.

Madame la ministre, la loi votée en décembre 2013 est entrée en vigueur le 1^{er} mars 2016. Elle prévoyait l'obligation d'une déclaration générale d'intérêts à remettre par chaque personne amenée à siéger dans les comités d'avis et un système permettant à chaque instance d'établir son propre système de gestion des conflits d'intérêts. Il n'y avait cependant pas de centralisation des déclarations ni de garantie que celles-ci étaient accessibles au public. Les instances peuvent mais ne doivent pas les communiquer ou les publier sur internet.

En décembre 2016 a été votée une modification de la loi devant entrer en vigueur en janvier 2017, avec la mise en place d'un comité de déontologie pour analyser les systèmes de gestion de conflits d'intérêts.

Dès lors, madame la ministre, quelle est la réalité de terrain? Les personnes chargées de participer à des comités d'avis sont-elles informées de leur obligation de déposer une déclaration générale d'intérêts? A-t-on la garantie qu'elles la respectent et l'actualisent? Ces déclarations figurent-elles dans un registre centralisé? Sont-elles rendues publiques sur un site ou un document? Quels sont-ils?

Le comité déontologique institué auprès du SPF Santé est-il constitué? Comment est-il composé? Quel est son pouvoir d'investigation? Y a-t-il mention de l'absence avérée de conflits d'intérêts dans les avis qui vous sont remis par les comités ou organes d'avis? Sinon, comment faites-vous pour le vérifier?

11.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, collega Gerkens heeft de inleiding al uitvoerig geschetst. Ik kan deze vraag dus heel kort samenvatten.

Zij gaat over het feit dat deze wet een belangrijke hefboom is om de geloofwaardigheid van politieke beslissingen en beleidsbeslissingen te garanderen, zeker wat de werking betreft van het KCE, de Hoge Gezondheidsraad, het FAGG enzovoort. Wij moeten zeker voorkomen dat wij hier ooit geconfronteerd worden met toestanden als de Monsanto Papers. De wet moest in werking treden op 1 januari 2017.

Mijn vragen zijn de volgende.

Kunt u een stand van zaken geven? Wat werkt er wel al en wat nog niet?

Is de beoogde centrale database er al waarin de verklaringen inzake een belangenconflict verzameld worden? Is deze publiekelijk consulteerbaar?

Wie zetelt in het deontologisch comité? Wat is de precieze bevoegdheid van dat comité?

11.03 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkens, madame Dedry, vous n'êtes pas sans savoir que j'ai comme objectif de mener une politique qui soit *evidence based*. Dès lors, je partage votre souci de pouvoir disposer d'avis scientifiques rendus en toute indépendance et en toute impartialité, afin de les utiliser pour étayer les mesures prises dans le cadre de cette politique.

C'est la raison pour laquelle, après avoir pris connaissance des remarques des gens du terrain, j'ai initié une modification à la loi initiale de 2013, en vue de préciser son champ d'application et de la rendre plus praticable, sans entraver sa finalité en termes d'indépendance et de transparence. Par ailleurs, la responsabilité des présidents et secrétariats des instances concernées est soulignée.

À la suite de mes instructions, mon administration a mis sur pied un groupe de projets, chargé de me soumettre des propositions relatives au livrable prévu dans la loi, à savoir la liste des instances, la déclaration générale d'intérêts, le comité déontologique et le registre central. Il va de soi que le groupe travaille dans la continuité et prend en compte les travaux déjà menés antérieurement. Je disposerai des propositions pour la rentrée.

Ik wil er ook op wijzen dat sommige adviesorganen, waarin bij wet is voorzien, samengesteld worden uit vertegenwoordigers van de sectoren. Dat is men in de wet blijkbaar vergeten. De facto blijkt dan ook dat deze vertegenwoordigers bepaalde belangen verdedigen. Uit de wetgevende basis blijkt impliciet dat er belangenconflicten kunnen zijn, ook als die leden *personae qualitate* worden benoemd. Dus zij worden benoemd vanwege hun kwaliteiten, vanwege hun kennis op het terrein, maar omdat zij die kennis hebben zouden er op voorhand reeds een belangenconflict zijn. Dat is dus toch iets waaraan wij moeten remediëren.

Pour répondre à votre question spécifique, je voudrais me référer à l'exemple du Conseil Supérieur de la

Santé. Tous ses experts reçoivent une invitation à compléter une déclaration générale d'intérêts lors de la constitution d'un groupe de travail. Ceux dont la déclaration est arrivée à échéance reçoivent également une invitation de remise à jour.

Les avis du Conseil Supérieur de la Santé reprennent systématiquement la liste de ses experts. Leurs déclarations respectives sont publiques et disponibles sur le site internet du Conseil. Toute personne peut vérifier que chaque expert a bien rendu une déclaration d'intérêts.

Het centraal register bestaat momenteel nog niet. De Hoge Gezondheidsraad beschikt op zijn website wel over een openbaar register met alle belangenverklaringen van zijn eigen experts die als gast werden aangesteld. De groep heeft reeds gewerkt aan de samenstelling van het deontologisch comité, het geschikte profiel van de leden en de werkmethode ervan. Er wordt een KB voorbereid waarin de wettelijke opdrachten van het comité zullen worden vermeld. Alle werkgroepen van de Hoge Gezondheidsraad worden beoordeeld op het risico van belangenconflicten bij de leden wat de scope van het dossier betreft. Dit wordt uitgevoerd door de onafhankelijke deontologische commissie.

Het gaat dus vooruit, maar de implementatie van de wet moet nog verder gebeuren. Als men een wet goedkeurt in 2013 die tegen 2017 moet worden uitgevoerd, dan kan men zich nog aan een heel kluwen verwachten waar men doorheen moet kunnen kijken. We gaan vooruit en we zijn op de goede weg, maar er waren toch een paar punten die onuitvoerbaar bleken te zijn.

11.04 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il est vrai que cette loi de 2013 aurait déjà pu être plus stricte et complète. Malheureusement, ce sont des matières où l'on ne peut avancer qu'étape par étape. Je tiens compte des propositions et améliorations en cours. Des éléments nouveaux arriveront en septembre. J'y serai attentive. Il est nécessaire de pouvoir avoir confiance dans les avis rendus et sur lesquels on se base pour prendre des mesures et des décisions relatives à la santé.

11.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, we zullen dit verder opvolgen maar het stelt mij in elk geval gerust dat u in uw antwoord hebt gezegd dat u deze onafhankelijkheid en de transparantie erg belangrijk vindt.

Ik dank u.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 19591 van mevrouw Jadin wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

12 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Belgian Pledge en gezonde kidsmarketing" (nr. 19616)

12 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "Belgian Pledge et le marketing responsable envers les enfants" (n° 19616)

12.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, eind juni waren wij allebei aanwezig op de persconferentie van Comeos, Fevia en de UBA die hun engagement kenbaar maakten om verdere stappen te zetten naar meer verantwoorde kinderreclame rond voeding. U ondertekende daar de vernieuwde Belgian Pledge.

De Belgian Pledge is een zelfregulerend initiatief waarin nog een aantal stappen wordt vooruit gezet op het vlak van verantwoorde kinderreclame voor voeding. De Belgian Pledge volgt ook de tendens naar verstrenging, die al bestaat binnen de European Pledge. Het is in elk geval een belangrijke stap voorwaarts: minder reclame voor ongezonde voeding, geen communicatie in basisscholen en meer inzet op onafhankelijke controle. Het is ook positief dat 21 meer bedrijven de pledge hebben ondertekend en dat de toepassing werd uitgebreid tot negen bijkomende kanalen.

Een aantal pijnpunten is echter nog niet geregeld. Over één op vier aankopen wordt bijvoorbeeld beslist in de winkel en gezien het bekende fenomeen van *pester power* zou ook reclame in de winkel absoluut moeten worden gevat, wat nu niet het geval is. Nochtans bestaat daar wel een draagvlak voor, blijkt uit mijn

gesprekken met mensen uit de sector.

Een tweede pijnpunt ligt echter veel moeilijker. Het gaat erom komaf te maken met kinderidolen en -reclame op verpakkingen. Nochtans zijn er goede voorbeelden in onze buurlanden. De monitoring van niet-ondertekenaars is evenmin geregeld.

Mevrouw de minister, ik heb de volgende vragen voor u.

Wij zijn het ermee eens dat wij met de Belgian Pledge de Europese tendens volgen. Kunnen wij echter niet nog een stap verder gaan en zelf een voortrekkersrol op ons nemen, vooral voor de punten die nog niet zijn geregeld?

Ten tweede, bent u het met mij eens dat ook reclame op verpakkingen en point-of-sale reclame via zelfregulering zouden moeten kunnen worden geregeld?

Ten derde, een transparante en onafhankelijke controle is zeer belangrijk. Misschien kan de overheid daarin nog een faciliterende rol spelen, zeker bij het monitoren van de niet-ondertekenaars.

Ten vierde, hoever staat u met de uitvoering van een goede, zichtbare voedsellabeling?

Ten vijfde, wat vindt u van de voorstellen om de overheid licenties te laten aankopen bij bedrijven — Studio 100 is de bekendste — om populaire kinderidolen in te zetten voor sociale marketing, bijvoorbeeld op waterdrinkbussen, of om *good practices* aan te moedigen bij retailers? Albert Heijn heeft daarvan al een aantal voorbeelden gegeven.

12.02 Minister **Maggie De Block**: Ik heb u daar inderdaad gezien, mevrouw Dedry.

De Belgian Pledge is inderdaad een vrijwillig engagement uit de private sector. Het volgt de richtlijnen van de European Pledge, een initiatief van een twintigtal grote ondernemingen uit de voedingssector, en breidt die ook uit. In België zijn nu 55 ondernemingen actief die de Belgian Pledge hebben ondertekend. Het gaat eigenlijk meer om concerns, heel grote bedrijven dus. Het document, met de deelnemers, kan aan de commissie worden bezorgd, mevrouw de voorzitter. Het gaat niet alleen om producten, maar bijvoorbeeld ook om distributeurs. De lijst en het document zijn publiek en kunnen hier bezorgd worden. De retailsector is er dus ook bij betrokken. Ook de reclamesector was aanwezig, via de Unie van Belgische Adverteerders.

De deelnemende bedrijven verbinden zich ertoe voor een aantal categorieën van ongezonde producten, zoals chocolade- en suikergoed, helemaal geen reclame te richten naar kinderen onder de 12 jaar, en dit voor een aantal andere categorieën van voedingsproducten alleen te doen wanneer het product in kwestie aan bepaalde standaarden voldoet op het vlak van de samenstelling, namelijk niet te veel suiker of vet, genoeg vezels enzovoort.

In basisscholen wordt geen reclame gemaakt tenzij met het expliciet akkoord van de directie. Recent werd de pledge uitgebreid van de klassieke audiovisuele media naar het online gebeuren met onder meer reclame op sociale media als YouTube of Facebook. Dergelijke nationale vertaling van de European Pledge-principes werd slechts in een beperkt aantal landen doorgevoerd. Dat was het geval in Zwitserland, Portugal en Polen. In Nederland zijn de voedingsdeskundige criteria in de reclamecode geïnspireerd door deze van de European Pledge. België behoort dus tot de weinige landen waar ook op nationaal vlak engagementen worden aangegaan.

Doordat deelnemende bedrijven moeten voldoen aan bepaalde standaarden om reclame te mogen maken gericht op kinderen worden ze ook aangemoedigd om de samenstelling van hun product aan te passen. Op die manier ondersteunt de Belgian Pledge de doelstellingen van het convenant Evenwichtige Voeding dat ik in 2016 sloot met de voedingsindustrie, FEVIA, en vertegenwoordiger van de distributie, Comeos, wat moet leiden tot een evenwichtiger samenstelling van de voedingsproducten op de Belgische markt. Het is dus een vervolg daarvan. Verpakking en point- of sale communicatie vallen inderdaad buiten de scope van deze Belgian Pledge maar in de reclamecode staan specifieke bepalingen over reclame gericht op kinderen.

De naleving ervan wordt opgevolgd door de Jury voor Ethische Praktijken inzake reclame, die daar trouwens aanwezig was. Ik stel ook vast dat licentiehouders van figuurtjes die bij kinderen populair zijn almaar gevoeliger worden voor de nutritionele kwaliteit van de producten waarop hun figuurtje prijkt.

Ten slotte, is er de kwestie van de voedingslabels genre Traffic Lights in het Verenigd Koninkrijk of Nutri-Score in Frankrijk. Zoals daar reeds gezegd, dit wordt bestudeerd door de diensten ter eventuele goedkeuring van een dergelijke informatieve voedingsetiketteringsregeling die een aanvulling is op de verplichte voedingswaarde-etikettering.

In het najaar verwachten wij daarover een nota van de administratie. Op de inhoud daarvan zal ik niet vooruitlopen, maar het is wel belangrijk, zoals ik ook zei tijdens die vergadering, om stappen te zetten. De vraag is alleen hoeveel informatie er op een etiket moet staan, wil het nog leesbaar zijn. Wij trachten daarin inventief te zijn, bijvoorbeeld door met een scansysteem te werken, zoals nu al mogelijk is met de betere flessen wijn.

12.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, ik verwachtte dat antwoord wel, omdat ik uw standpunt ter zake ondertussen wel heel goed ken. Het enige waar ik eigenlijk naar zat te hengelen, is of u namens de overheid eventueel faciliterende maatregelen kunt nemen om de sector, die zichzelf reguleert, een duwtje in de rug te geven. Op die vraag hebt u niet geantwoord.

12.04 Minister **Maggie De Block**: Wij zijn in dialoog en wij gaan na of het convenant wordt gerespecteerd. De sector dient daartoe *facts and figures* aan en voert de metingen dus zelf uit, maar die worden door ons gecontroleerd. Dat is gebaseerd op wederzijds respect. Daarbij moeten wij rekening houden met de contouren van mijn bevoegdheid en met hoe snel wij ter zake kunnen handelen.

Met dit convenant hebben wij in ieder geval al meer bereikt dan tijdens de voorgaande jaren. Het gaat de goede kant uit, maar dat weet u zelf ook. Zo kondigde de sector recent nog het bestaan van kinderijsjes zonder suiker aan en meerdere van die zaken. De uitbreiding die wij zonet aanhaalden, maakt een belangrijk deel uit van het voedingspatroon van kinderen.

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

13 **Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les first responders" (n° 19639)**

13 **Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de first responders" (nr. 19639)**

13.01 André Frédéric (PS): Madame la présidente, madame la ministre, le concept de *first responders* est développé dans plusieurs pays pour pallier un temps de déplacement important des services de secours. Il s'agit généralement de secouristes avec des niveaux de formation et de compétence variables, équipés d'un minimum de matériel de premier secours et qui se déplacent à la demande du 112 pour faire tampon en attendant l'arrivée des secours traditionnels.

Le concept de *first responders* n'est, à ma connaissance, actuellement pas développé légalement dans notre pays. Il apparaît pourtant qu'une initiative a été prise en ce sens à Fourons.

Je voudrais connaître votre position en la matière.

Ce système pourrait-il avoir une réelle utilité? Ne serait-il pas plus opportun de prévoir, enfin, une programmation efficace et correctement financée de l'aide médicale urgente?

De façon plus précise, qu'en est-il de l'initiative prise à Fourons? Dans quel cadre juridique celle-ci a-t-elle pu être développée?

Pouvez-vous m'assurer qu'un contrôle de qualité est prévu pour ce service? Un financement spécifique a-t-il été octroyé pour sa mise en place? Si oui, quelles en sont les raisons? Par ailleurs, des concertations ont-elles eu lieu avec votre collègue de l'Intérieur concernant cette initiative?

13.02 Maggie De Block, ministre: Madame la présidente, monsieur Frédéric, effectivement, le concept de *first responders* n'existe pas dans la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente. En avril, j'ai approuvé un projet-pilote permettant la participation d'une équipe *first responders* à l'aide médicale urgente pour les incidents dans la région de Fourons, pour laquelle le centre 112 envoie le SMUR.

Cette décision était motivée par plusieurs éléments. Tout d'abord, l'arrivée récente à Fourons d'un poste avancé dans la zone de secours Limbourg-Est, avec des pompiers disposant d'un badge de secouriste ambulancier. Ensuite, le constat que dans la plupart des cas, une ambulance ne peut arriver dans les quinze minutes dans la région de Fourons et que le temps moyen entre l'appel et l'arrivée d'une équipe SMUR était, en 2016, de plus de vingt-trois minutes.

Pour le centre 112 recevant les appels d'urgence, le *first responder* n'est pas un moyen obligatoire mais il est disponible. Il peut raccourcir de façon substantielle l'intervalle médical libre et, ainsi, accélérer l'arrivée d'un SITREP (rapport situationnel) au centre 112. Le centre 112 alerte le *first responder* comme moyen supplémentaire dans lesdites conditions.

Il n'existe pas de cadre juridique spécifique. C'est pourquoi il s'agit d'un projet-pilote. L'organisation de celui-ci ne remet pas en question l'opportunité d'une programmation efficace des moyens de l'aide médicale urgente. De la part du SPF Santé publique, aucun investissement n'a été octroyé pour la mise en place du projet-pilote.

Le projet-pilote a été lancé dans le cadre d'une collaboration étroite entre la direction du centre 112 de Hasselt qui dépend de la direction générale Sécurité civile du SPF Intérieur et de l'Inspection d'hygiène du Limbourg. Nous continuerons à travailler ensemble, mon collègue, le ministre Jambon et moi-même, sur l'ensemble de l'aide médicale urgente.

Ce projet a été développé car le délai posait problème. Plus de vingt-trois minutes avant d'intervenir, ce n'est, selon moi, pas un bon signe pour la population.

13.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Loin de moi l'idée de contester la qualité du projet-pilote. Je souhaiterais être informé de l'évaluation qui sera faite de ce projet-pilote et d'éventuelles programmations ultérieures. J'ai vérifié sur le terrain et, effectivement, à plusieurs reprises, ces équipes d'intervention arrivent bien avant le SMUR ou les services médicaux. J'ai des exemples concrets.

Fourons est un endroit particulier dans notre pays. Comme Mme la présidente, je vis en milieu rural et je serais curieux de connaître les endroits sur le territoire belge où les services de secours mettent plus de quinze minutes à arriver. Je suppose qu'il existe un relevé et je pense qu'il y en a. Rien que dans mon arrondissement, je pourrais déjà vous en citer quelques-uns. Des initiatives privées d'ASBL (par exemple, hélicoptères d'intervention) ont eu lieu pour pallier ces manquements.

Je ne voudrais pas que l'expérience – bien que très généreuse – se limite à cette partie du territoire. Il me semble souhaitable d'envisager à l'avenir, en cas de résultats concluants, une généralisation de cette possibilité – sans, bien entendu, aller à l'encontre des interventions des SMUR classiques.

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

14 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de burn-outcoaches" (nr. 19640)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "zelfverkleerde burn-outspecialisten" (nr. 19659)

14 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les coachs spécialisés en burn-out" (n° 19640)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les praticiens s'autoproclamant spécialistes en burn-out" (n° 19659)

14.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, onlangs schreven Vlaamse psychologen u en minister Vandeurzen van de Vlaamse regering aan in verband met de zelfverkleerde specialisten, de zogeheten burn-outcoaches.

Volgens hen duiken steeds meer charlatans op, zonder opleiding of achtergrond in de zorg, geneeskunde of psychologie. Als dat zo is, kunnen we ervan uitgaan dat de patiënten meer risico lopen, in die zin dat er dan meer kwaad dan goed wordt gedaan. Volgens die Vlaamse psychologen rekenen ze dan blijkbaar ook nog buitensporige tarieven aan voor hun diensten. In het beste geval gaat het over beginnende artsen of psychologen, maar ook zij hebben uiteraard niet altijd voldoende bagage om iemand met een burn-out goed te helpen.

Bij de bespreking van de wet op de geestelijke gezondheidszorg heeft de sector de problematiek reeds aangekaart. Men vreesde dat psychotherapeuten, die buiten de nieuwe wet zouden vallen, zich andere benamingen zouden aanmeten. Wij hebben toen bij de bespreking gezegd dat dat risico bestond. Als ik de klacht van de Vlaamse psychologen goed begrijp, is het ondertussen zover. Door in de wet zoveel correcte, goede therapeuten uit te sluiten, lijkt de wildgroei juist toe te nemen.

U geeft altijd zelf aan dat de kwaliteit van de zorgverlening essentieel is, zeker in de geestelijke gezondheidszorg. Welke maatregelen zult u nemen om dergelijke zelfverklaarde specialisten een halt toe te roepen. Ik vroeg mij bij het lezen van de klacht van de Vlaamse psychologen af of de nieuwe wet niet een beetje haar doel voorbijschiet. Hebt u plannen om daaraan te remediëren?

14.02 **Anne Dedry** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, collega Jiroflée heeft de situatie al duidelijk geschetst in haar inleiding, dus ik kan daar snel overheen gaan.

Heel wat personen die vroeger een naamplaatje met therapeut of iets gelijkaardigs op hun deur hadden hangen, meten zich nu een andere titel aan.

Hoe snel kunt u werk maken van de terugbetaling van de eerstelijnspsychologen? Met de erkenning zijn we al opgeschoten, maar als die terugbetaling er is, kunnen wij misschien al iets gemakkelijker het kaf van het koren scheiden en zal er een meer logische stroom van patiënten naar erkende psychologen zijn en minder naar charlatans zonder competenties.

Welke maatregelen zult u nemen om de nieuwe groep zelfverklaarde burn-outspecialisten aan te pakken?

14.03 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, collega's, u hebt gelijk dat de kwaliteitsgarantie voor de uitoefening van elk gezondheidsberoep, en dus ook zeker voor de klinisch psychologen en klinische orthopedagogen, een belangrijke pijler is voor de patiëntenrechten en voor de psychotherapeuten. Vandaar dat er reeds in de wet van 10 juli minimumcriteria werden bepaald waaraan beoefenaars moeten voldoen om die beroepen te mogen uitoefenen. Personen die handelingen stellen die onder die definiëring vallen, maar die niet de juiste opleiding hebben genoten, beoefenen de klinische psychologie of psychotherapie dan ook onwettig.

Men kan hiervoor klacht indienen bij de Provinciale Geneeskundige Commissies. Vóór de erkenning van die beroepen in de wet kon dat niet, want ze vielen onder de bevoegdheid van de minister van Middenstand. Aangezien dergelijke beroepen ressorteren onder de wet op de uitoefening van de gezondheidsberoepen, de WUG, kan men een klacht indienen. In een naburige gemeente van mij is dat al gebeurd. Er is iemand veroordeeld die zieken behandelde via handoplegging en aura.

Het klopt dat de wet van 10 juli eigenlijk de basis is, waarin bepaald wordt dat de definiëring van klinische psychologie, klinische orthopedagogie en psychotherapie nog kan worden gespecificeerd, op advies van de Federale Raad voor de Geestelijke Gezondheidsberoepen. Ik heb altijd gezegd dat die federale raad een zeer belangrijk orgaan moet zijn en dat die adviezen belangrijk zijn voor ons. De raad is intussen samengesteld. Ik heb de eerste vergadering bijgewoond, op 6 juli 2017.

Wij zijn gezamenlijk verantwoordelijk. De overheden moeten nadenken en stappen ondernemen voor de organisatie en de financiering van de psychologische zorg, zeker in de eerste lijn. De beroepsverenigingen en de academici hebben de verantwoordelijkheid ook het veld van de geestelijke gezondheidsberoepen verder te professionaliseren.

Ik ben echt van mening dat de wet haar doel niet voorbijschiet. Ik begrijp die vraag dan ook niet. Zij biedt precies de garantie voor de kwaliteit van de psychologische en de psychotherapeutische zorg.

Ik blijf stappen vooruit doen wat de uitvoering van die wet betreft. Ik heb al een ontwerp voor een begin van

terugbetaling, waarvoor ik wel nog enkele adviezen moet ontvangen, ingediend voor de volgende speciale Ministerraad. Ik hoop dat het punt aangehouden wordt, want de vraag naar een regeling is groot.

Tot mijn grote voldoening heb ik vandaag gelezen dat ook minister Peeters het een belangrijke zaak vindt. Dat betekent toch een partij meer die daar het nodige geld voor vrij zal willen maken.

Ik zal blijven verdedigen dat dit grote hiaat in onze zorgverlening ingevuld moet worden.

14.04 Karin Jiroflée (sp.a): U hebt gelijk dat het makkelijker is om daartegen klacht in te dienen. Ik ben ook blij om te horen dat het al gebeurt. Dat wist ik namelijk niet.

Ik blijf erbij dat alles op dit moment nogal wazig blijft. De federale raad moet nog beginnen te werken. Die werkzaamheden zullen we dan ook opvolgen. Ik hoop dat hij erin slaagt om een goed kader uit te zetten om het kaf van het koren te scheiden. Ik wil me trouwens aansluiten bij wat collega Dedry zegt. Op het moment dat er een terugbetaling plaatsvindt, zal men makkelijker kunnen ingrijpen omdat een en ander dan ook duidelijker wordt.

Ik noteer tevreden dat er een mogelijk denkspoor voor een gedeeltelijke terugbetaling voorligt. Ik hoop dat daar een degelijke maatregel uit zal voortvloeien. We zullen het opvolgen. Ik kijk net als u uit naar de grote Ministerraad. Ik veronderstel dat we het hier na de vakantie zeker nog over zullen hebben.

14.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Dank u wel voor uw antwoorden.

We zullen de kwestie van nabij opvolgen. Het verheugt mij dat u in dat dossier gesteund wordt door minister Peeters. Voor mantelzorg is het een ander paar mouwen.

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

15 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'accroissement des ventes de sprays nasaux et antiacides" (n° 19643)

15 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de stijgende verkoop van neussprays en maagzuurremmers" (nr. 19643)

15.01 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, lorsque vous avez annoncé, l'an dernier, votre décision de réaliser des économies dans nos soins de santé en diminuant les remboursements des antibiotiques, sprays nasaux et antiacides, nous avons vivement dénoncé la mesure d'économie qui allait, sans conteste, être réalisée sur le dos des patients.

Finale­ment, cette mesure semble, dans un premier temps, avoir été contre-productive dans votre chef, puisque, selon une analyse réalisée par l'Université d'Anvers, elle aurait engendré non pas des économies mais plutôt des coûts supplémentaires. En effet, à la suite de votre annonce, les antiacides et sprays nasaux sur prescription ont vu leurs ventes exploser au cours des mois de novembre et décembre 2016, avec pour conséquence un coût supplémentaire estimé à cinq millions d'euros à charge de l'assurance soins de santé.

Madame la ministre, confirmez-vous l'information, selon laquelle la décision de diminuer le remboursement des sprays nasaux et antiacides a entraîné un surcoût de cinq millions d'euros pour l'assurance soins de santé au cours des mois de novembre et décembre 2016? Quelle est votre analyse de cette situation? Aviez-vous pris en considération cette possible réaction des patients et prescripteurs dans le cadre du calcul des économies à réaliser? Envisagez-vous des mesures de compensation? Si oui, lesquelles?

15.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, je vous remercie pour votre question. Mes services auprès de l'INAMI ne disposent pas encore des données quant au remboursement des médicaments pour le mois de décembre 2016! Mais, en fonction des informations provenant de l'évolution des chiffres de délivrance des médicaments par les officines ouvertes au public, il y a bien eu, en novembre et décembre 2016, le remboursement d'un nombre plus élevé que la moyenne mensuelle de conditionnements de corticoïdes à usage intranasal et de médicaments inhibiteurs de la pompe à protons.

Notre hypothèse est que, à la suite des annonces dans la presse de l'augmentation du ticket modérateur, les patients se sont rendus à la pharmacie avec les prescriptions en leur possession, après avoir demandé à

leur médecin des prescriptions non nécessaires d'une perspective médicale.

Il est à noter que les chiffres de délivrance de ces médicaments en 2017 accusent une baisse dès le mois de février avec en février, mars et avril 2017, un nombre moyen de conditionnements délivrés plus faible que le nombre moyen mensuel délivré en 2015 et 2016. Cela signifie bien que s'il y a tout d'abord eu une augmentation, elle a bien été suivie d'une diminution.

Cette augmentation de délivrance, et donc le coût à charge de l'INAMI, a été très limitée dans le temps. La diminution des délivrances au premier trimestre 2017 compense déjà, en grande partie, les dépenses plus élevées de fin 2016.

De plus, les nouvelles conditions de remboursement étant entrées en vigueur au 1^{er} avril 2017, les coûts à charge de l'INAMI vont encore diminuer, avec un coût INAMI total des médicaments en 2017 qui sera inférieur au coût des années 2015 et 2016. Au final, j'attends la concrétisation d'économies au niveau de l'INAMI. Je n'envisage, dès lors, aucune mesure de compensation.

Par ailleurs, je trouve qu'il est vraiment stupide de délivrer des prescriptions de dix sprays nasaux, qui, étant donné leur date de péremption, sont aussi limités dans le temps. Je me demande si c'est une attitude judicieuse.

Ik betwijfel of dat een deftig voorschrijfbedrag is. Iedereen moet daarvoor zijn eigen verantwoordelijkheid nemen.

15.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Évidemment, vous y apportez votre réflexion. Je ne la partage pas nécessairement puisqu'il y va aussi du portefeuille des citoyens. Quand on annonce des hausses, il y a un réflexe que l'on peut trouver normal, voire justifié par les économies que cette réaction peut engendrer. Il faudra attendre les chiffres, comme vous le mentionnez, pour disposer d'une analyse plus fine, en fonction de ce que vous annoncez.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

16 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ambulanciersstatuut" (nr. 19648)

- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het ongelijke statuut van ambulanciers" (nr. 19656)

16 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut d'ambulancier" (n° 19648)

- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le statut inégal des ambulanciers" (n° 19656)

16.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, we ontvingen wellicht allemaal een brief van de ambulanciersunie waarin ze een grote ongelijkheid aan de kaak stellen.

Bepaalde ambulancier-hulpverleners werken onder het ambulanciersstatuut en andere blijkbaar niet. Hoewel deze mensen precies hetzelfde werk doen, werken zij onder volledig andere arbeidsvoorwaarden. Er wordt aangekaart dat ambulancier-hulpverleners die werken voor private ondernemingen vaak minimale arbeidsvoorwaarden hebben, die bovendien vaak niet worden nageleefd. Ze vallen in een aantal gevallen ten prooi aan schijncontracten en misbruik doordat ze soms als vrijwilliger worden ingeschreven om de kosten te drukken. De ambulanciersunie ijvert al geruime tijd voor een algemeen ambulanciersstatuut voor alle ambulanciers en ambulancier-hulpverleners, werkzaam in de sector. Dat is volgens hen de enige juiste keuze om deze mensen de arbeidsomstandigheden te geven die ze verdienen.

Mevrouw de minister, worden er denkpijlers uitgezet om deze problematiek op te lossen en de onrechtvaardigheid die hier wordt aangekaart recht te zetten? Ik hoor graag van u in hoeverre dat zo is.

Het zou mij ook wel interesseren om te vernemen wie precies waarvoor bevoegd is. Ik zie het niet helemaal.

16.02 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, mijn collega heeft het probleem geschetst. Er zijn verschillende statuten voor hetzelfde werk. Ik veronderstel dat wij allemaal dezelfde brief en oproep van de ambulanciersunie hebben ontvangen.

Ik heb daarover de volgende vragen.

Wat is uw mening over de veralgemening van een eenvormig ambulanciersstatuut voor alle ambulanciers die werkzaam zijn in die sector, ongeacht of zij bij de brandweer, in een ziekenhuis of bij het Rode Kruis werken? Bent u daarvoor of bent u daartegen? Zijn er daarbij valkuilen of zaken die niet zo eenvoudig gelijkgetrokken kunnen worden en die wij op dit moment nog niet zien?

16.03 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, mevrouw Dedry, u weet dat de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening alleen spreekt van ziekenwagendiensten die hun medewerking verlenen in het kader van de dringende hulpverlening. De ambulanciers die ingezet worden in het kader van niet-dringende transporten behoren dan ook tot de bevoegdheden van de Gemeenschappen.

Momenteel is er inderdaad geen eenvormig ambulanciersstatuut binnen de dringende geneeskundige hulpverlening. Met name de brandweershervorming heeft gezorgd voor een revalorisatie van de ambulanciers-hulpverleners die ingezet worden door de hulpverleningszones.

In uitvoering van het regeerakkoord kon er tijdens de voorbije budgettaire conclaven een structurele verhoging van de jaarlijkse middelen voor de dringende geneeskundige hulpverlening worden gerealiseerd op de betreffende basisallocatie van mijn departement. Momenteel wordt de optimale benutting van die middelen onderzocht door mijn administratie en mijn diensten. In het verleden werd er alvast geen onderscheid gemaakt volgens de aard van de dringende geneeskundige hulpverlening, wat de subsidie op basis van het statuut van de ingezette hulpverleners-ambulanciers betreft. Het is niet mijn intentie om daarin verandering te brengen.

Zoals u weet, valt de wet van 3 juli 2005, wat de vrijwilligers betreft, onder de bevoegdheid van de minister van Sociale Zaken. In die hoedanigheid kan ik zeggen dat de ambtenaren van de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening belast zijn met het toezicht op de naleving van de bepalingen van hoofdstuk 7, afdeling 1 en 2 van deze wet, dus in geval van vrijwilligerswerk door werklozen en bruggepensioneerden. Daarnaast kunnen inbreuken op de economische en de fiscale wetgeving ook gesignaleerd worden aan de ter zake bevoegde autoriteiten.

Tachtig procent van de ambulanciers valt onder de bevoegdheid van de brandweerdiensten, een bevoegdheid van collega Jambon. Hij heeft daar een moeilijke erfenis gekregen. Wat is er gebeurd? De bevoegde minister, mevrouw Milquet, heeft de grote hervorming van de brandweerdiensten doorgevoerd maar mijn voorganger was daar niet bij betrokken. Er is dus geen samenwerking geweest. Wij trachten dat nu wel te doen. Het plan voor de dringende geneeskundige hulpverlening is door mijn mensen gemaakt maar er is volledig over overlegd met de mensen van minister Jambon. Wij werken ook samen voor de dienst 112. Verder werken we onder meer samen wat de uitrol van 1733 betreft.

Wat de statuten betreft, daar zijn er grote verschillen. Er moet dus een keuze worden gemaakt. Als we voor een volledig professioneel korps gaan zoals in Nederland, dan is daar ook een geweldig kostenplaatje aan verbonden. Afgezien van de vraag of dat een goede zaak zou zijn of niet, ik heb een berekening gezien die aangaf dat het moeilijk zou zijn om het nodige geld te vinden voor zo'n investering. Desondanks heb ik in deze legislatuur al 35 miljoen recurrent en nog eens 12 miljoen, in totaal dus 47 miljoen, uitgetrokken. Het budget dat daarvoor wordt uitgetrokken is dus meer dan verdubbeld. Er moet in die sector geïnvesteerd worden, dat is zeker.

De dringende geneeskundige hulpverlening is zeer belangrijk voor de mensen. Het is een sector die men eigenlijk jarenlang heeft laten liggen. Volgens mij was het een cruciale fout om die problematiek niet mee te nemen in de grote brandweershervorming.

Het gebeurt wel vaker dat twee ministers moeten kunnen samenwerken op het terrein. Dat is nu wel het geval.

16.04 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik ben blij dat u enig licht op de problematiek hebt

geworpen. Ik ben blij te horen dat er moet worden geïnvesteerd in de sector en ik kan mij indenken dat dit een werk van lange adem is. In die zin zullen we dit volgen. Bedankt voor uw antwoord.

16.05 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, bedankt voor uw antwoord.

Het is inderdaad ingewikkelder dan hoe het vaak wordt aangekaart. Ik denk dat men dit niet helemaal kan professionaliseren en dat we zullen moeten blijven werken met een deel vrijwilligers.

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

17 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de erkenning van de medische huizen" (nr. 19653)
- mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de doorlichting van de wijkgezondheidscentra en het daaraan gekoppelde moratorium" (nr. 19695)
- mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de audit van de wijkgezondheidscentra" (nr. 19698)

17 Questions jointes de

- Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'agrément des maisons médicales" (n° 19653)
- Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des maisons médicales et le moratoire y associé" (n° 19695)
- Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'audit des maisons médicales" (n° 19698)

17.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, over de medische huizen hebben we al vaker gesproken en dit is een nieuwe vraag in dat verband.

Op maandag 19 juni werd in het verzekeringscomité de erkenning van drie medische huizen goedgekeurd, zo hebben wij ons laten vertellen. Het gaat om twee uitbreidingen en één nieuw medisch huis. Normalerweise zouden die kunnen opstarten op 1 juli 2017. Nu blijkt dat die centra volgens het kabinet pas zouden kunnen opstarten op 1 januari 2018 vanwege een budgetoverschrijding. Nochtans dacht ik dat die uitbreidingen niet vallen onder de besparingscontext die uitgetekend werd.

De verwarring is trouwens compleet, want in het verzekeringscomité werden de drie dossiers goedgekeurd en ondertekend, terwijl er naderhand contracten werden ondertekend waar pas een startdatum van 1 januari 2018 op stond. Dat snap ik niet goed. De centra zitten daarmee duidelijk in de problemen, want die willen natuurlijk zo snel mogelijk hun personeel aanwerven. Ik vraag mij ook waar het overlegmodel in deze zaak is gebleven.

Enkele weken geleden, op 21 juni, ondervroeg ik u over de audit en het moratorium van de wijkgezondheidscentra. Normaal gezien liep het moratorium af op 1 juli 2017. In antwoord op mijn vraag stelde u dat dit november 2017 werd, maar nu wordt het januari 2018, als ik het goed begrijp. Ik wil u maar zeggen dat de verwarring echt wel compleet is.

De reden zou het forfaitair budget zijn. Die patiënten verdwijnen echter toch uit het prestatiebudget? Dat heft elkaar toch op, dat compenseert toch?

Mevrouw de minister, ik wil u vragen om eens eerlijk te zeggen waar al dat uitstel toe dient. Wat is uw initiële bedoeling voor die medische huizen? Waar gaat het echt om?

Met de huidige werkwijze zet u voor de forfaitaire geneeskunde toch wel veel stappen achteruit. Langzamerhand begin ik mij af te vragen of dat misschien de bedoeling was.

Ik hoor het graag van u.

17.02 Muriel Gerkens (Ecolo-Groen): Madame la ministre, ma question porte sur plusieurs aspects.

Le premier, sans répéter ce qui vient d'être dit, c'est que ces trois maisons médicales ayant introduit leur

demande avant le 8 octobre 2016 ont reçu leur autorisation à partir du 1^{er} janvier 2018. Dans votre réponse et l'échange que nous avons eu le 21 juin, vous aviez effectivement dit que l'audit se terminerait fin novembre. Dans mes répliques à la suite de votre réponse, j'avais relevé que ce moratoire serait donc prolongé jusqu'à la fin de l'année. Vous m'aviez dit que c'était une interprétation, qu'il y avait à la fois des marges budgétaires permettant peut-être de prendre des décisions et que, pour les dossiers introduits au préalable, il était aussi possible qu'ils reprennent avant. J'aurais voulu avoir plus de précisions face à toutes ces incertitudes. Il semble que le Comité de l'assurance, la Commission forfaits, bref, que toutes ces instances ne soient pas au courant de la manière dont ce moratoire va se prolonger ou pas.

Par ailleurs, j'ai jeté un œil au questionnaire très long relatif à l'audit. Vous posez quand même beaucoup de questions aux maisons médicales alors que l'INAMI et les mutuelles possèdent les informations demandées. Par contre, il n'y a pas, me semble-t-il, de volet portant sur l'impact du recours à des maisons médicales par rapport au recours à d'autres soins, comme des consultations à l'acte, etc. Or, l'intérêt d'un système de soins, c'est aussi la manière dont il influence la diminution, par exemple, ou l'amélioration de consommation dans d'autres domaines ou dans d'autres secteurs. Par rapport à cela, j'aurais également voulu avoir un peu plus d'explications de votre part.

17.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Ik beperk mijn vragen tot alles wat met de audit te maken heeft.

De commissie Forfait heeft u op 17 mei 2017 een aantal reflectiepunten meegedeeld in verband met de audit van de wijkgezondheidscentra. Ik vond hun vragen nogal pertinent. Ze hebben vragen rond de performantie die door KPMG, het oude bureau. Ze hebben ook vragen bij de correctheid van de initiële hypothese dat de uitgaven van de wijkgezondheidscentra met 10 % zouden toegenomen zijn en men daarbij geen rekening houdt met een gelijkaardige toename van patiënten. Zij hebben vragen bij de benchmarking en rond de mate en de garanties van participatie vanuit de sector aan deze audit.

Hoe staat u tegenover deze pertinente reflectiepunten? Zult u hiermee rekening houden en ze bespreken met het auditbureau? Kunt u ook verduidelijken hoe en in welke mate de wijkgezondheidscentra betrokken zullen worden bij het proces op een participatieve wijze? Dat zal wel nodig zijn om tot een maximaal resultaat te komen. Als ik met de sector spreek, merk ik een grote bereidwilligheid om hiertoe bij te dragen.

Tot slot, het kostenplaatje is aanzienlijk: 217 000 euro voor de audit. Gezien deze hoge prijs lijkt het me toch belangrijk om met de eerder genoemde bedenkingen rekening te houden.

17.04 Minister Maggie De Block: De audit werd door de diensten aan KPMG toegewezen. Die werd dus niet toegewezen door mij, zoals ik in de pers las. Gelieve collega Van Duppen in te lichten dat het niet de minister is die de audit toewijst.

Die is ondertussen gestart en maakt gebruik van verschillende werkwijzen. Het RIZIV werkt mee door de levering van de gegevens waarover het beschikt via de verzekeringsinstellingen en via de dossiers en andere gegevens van de medische huizen waarover het RIZIV zelf beschikt. Vervolgens zal er een enquêteformulier naar alle medische huizen worden gestuurd. Tot slot, zijn er ook interviews met medische huizen en andere stakeholders zoals de federaties van medische huizen, de verzekeringsinstellingen enzovoort. De werkwijze is vergelijkbaar met die van de wachtposten. Een significant aantal wachtposten heeft gegevens ter beschikking gesteld. Men heeft kleine, middelgrote, zeer grote wachtposten bevroegd. Dat zal nu ook gebeuren, want al die medische huizen verschillen veel onderling.

Als u zegt dat er een grote bereidheid is, is dat goed nieuws want ze zullen maximaal worden betrokken.

Uiteraard is het niet mogelijk om de geauditeerde te betrekken bij de opmaak en de uitvoering van de audit. Dat was ook een vraag.

Pour les auditeurs, il y a des normes strictes à suivre: "Dans le cas d'une mission d'audit, il est dans l'intérêt public et, en conséquence, exigé, par la Cour de *International Ethics Standards Board for Accountants* que l'auditeur soit indépendant de l'entité soumise à l'audit." Le coût de cet *International Ethics Standards Board for Accountants* précise que l'indépendance vise aussi bien l'indépendance d'esprit que l'apparence d'indépendance, ce qui veut dire l'indépendance externe ou perceptible par autrui.

L'indépendance de l'auditeur vis-à-vis de l'entité préserve la capacité de celui-ci à se forger une opinion, sans que celle-ci soit affectée par des influences qui pourraient l'altérer. Elle vise la capacité d'agir avec

intégrité, d'être objectif et de faire preuve d'un esprit critique.

Ik heb hier het document waarnaar wordt verwezen.

In antwoord op de andere vragen, over het moratorium en de datum van inwerkingtreding van de akkoorden over forfaitaire betalingen van verstrekkingen, kan ik u zeggen dat ik de notificaties van de Ministerraad van 20 oktober 2016 met het oog op de begroting 2016-2017 strikt navolg.

Ik citeer uit de notificaties van deze Ministerraad. U kunt die ook opzoeken. "In de eerste jaarhelft van 2017 zal een beleidsevaluatie gebeuren in de vorm van een audit inzake de organisatie, de werking en de kostenstructuur van de medische huizen om op basis van de resultaten het systeem te optimaliseren."

Dat is het opzet. Als men dit verder uitrolt, moet men weten of men op een goede manier werkt.

Ik citeer opnieuw: "In afwachting van de resultaten van de audit worden geen dossiers voor medische huizen goedgekeurd en wordt het budget bevroren. Binnen het beschikbare budget kunnen evenwel nieuwe aanvragen met datum van inwerkingtreding vanaf 1 januari 2017 worden goedgekeurd voorzover het dossier bij het RIZIV was ingediend vóór 8 oktober 2016."

Au cours du premier semestre 2017, une évaluation de la politique sera menée sous forme d'un audit sur le plan de l'organisation, du fonctionnement de la structure, des coûts de maison médicale - et ce, en vue d'améliorer le système.

Op het ogenblik waarop de nu bedoelde dossiers voor het eerst werden voorgelegd aan het verzekeringscomité, lagen tegelijkertijd de technische ramingen daar voor wat betreft de partiële doelstelling "medische huizen". Daar was een overschrijding van 5,8 miljoen euro voor dit jaar. Er kan dus niet aan de voorwaarden worden voldaan binnen het beschikbare budget zoals voorgeschreven door de notificatie van de Ministerraad. Omdat de dossiers aan de andere voorwaarden wel voldeden, werden ze goedgekeurd, maar werd de datum van inwerkingtreding inderdaad vastgesteld op 1 januari 2018. Ik moet de notificaties van de Ministerraad volgen, er is geen reden om daarvan af te wijken.

17.05 Karin Jiroflée (sp.a): Dank u, mevrouw de minister.

U hebt nog notificaties van de Ministerraad voorgelezen. Ik moet u eerlijk zeggen dat dit mij niet overtuigt. Ik heb heel zwaar de indruk dat er bij de wijkgezondheidscentra en bij de medische huizen op een andere manier wordt omgegaan met audit en het volgen van notificaties. Ik blijf erbij dat men geen moratorium nodig had om een audit te doen van een sector die in het verleden, bij vorige audits of onderzoeken, al bewezen had efficiënt te werken. Ik zie echt niet in waarom dat moratorium er moest komen.

U zegt dat er een overschrijding is van het budget en dat u zich aan de notificatie moet houden. Dat kan best zijn, maar als het budget wordt overschreden, verdwijnen er toch mensen uit het prestatiebudget.

17.06 Minister Maggie De Block: Ik moet met die audit juist vaststellen of er verschuivingen gebeuren en waar die dan terug te vinden zijn. Er is echter nooit een audit gebeurd, mevrouw Jiroflée. Waarom bent u zo bang van een audit? Dat is goed bestuur. Er is een studie van het kenniscentrum geweest in 2008.

17.07 Karin Jiroflée (sp.a): Ik denk dat het mijn beurt was, mevrouw de voorzitter.

Ik heb absoluut geen schrik van een audit, integendeel. Er is inderdaad een studie gebeurd in 2008, die toen trouwens gunstige resultaten heeft opgeleverd. Waarom zouden wij nu dan schrik hebben van een audit? Het enige wat ik zeg is dat er daarvoor geen moratorium nodig was. Ook in andere sectoren is dat zo. Het is toch niet omdat het budget wordt overschreden voor materniteiten, dat er dan plots geen kinderen meer worden geboren?

Het is dus echt wel een heel strikte en heel rigide manier om hiermee om te gaan met een sector die – ik herhaal nogmaals dat ik zeker voor een audit ben – in het verleden al heeft bewezen dat hij kostenefficiënt werkt.

17.08 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, van wat hierover allemaal in de pers verschijnt, is het een al betrouwbaarder dan het ander. Wij hebben echter ook heel regelmatig persoonlijk contact met de

betrokkenen en ik zou het bijzonder jammer vinden mocht het gevoel of de perceptie ontstaan dat zij gezocht worden. Ik wil u op uw woord geloven dat dit absoluut niet uw bedoeling is.

Het is wel zo dat de studie van het KCE in 2008 niet de term audit bevatte, maar een aantal dingen die nu wordt bevestigd, werd toen al onderzocht. Misschien is op bepaalde plaatsen het budget overschreden, maar dat heeft op heel wat andere plaatsen gewoon te maken met een grote toename van het aantal ingeschreven patiënten. Dan zijn het dus communicerende vaten.

Wij volgen de zaak in elk geval verder op.

17.09 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ajouterai que, si on associe au moratoire une économie budgétaire voulue, qui devait couvrir un moratoire pour la première moitié de l'année, et si on reconnaît trois maisons médicales supplémentaires, on risque d'avoir des problèmes de cohérence budgétaire. Je suppose dès lors que le dépassement est lié à l'économie que vous avez imposée au secteur. À nouveau, cela manque de logique et de cohérence par rapport à ce qui était annoncé.

Enfin, en ce qui concerne l'audit lui-même, moratoire et objectifs poursuivis, je voulais attirer votre attention sur la nécessité ...

17.10 André Frédéric (PS): (...)

17.11 Muriel Gerken (Ecolo-Groen): Ce sera raté, oui!

Je voulais attirer votre attention sur la nécessité de prendre en compte l'impact de la consommation des soins par des patients d'un service, accordés par des maisons médicales fonctionnant au forfait dans ce cas-ci, sur la consommation de soins en dehors et sur l'état de santé de la population.

Ce sont des éléments qui, je pense, ne sont pas repris dans l'audit organisé. C'est pourquoi j'ai des craintes quant à l'intention dans l'organisation de l'audit et quant à la manière dont il sera interprété.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Mme Muyle n'ayant rien fait savoir, sa question n° 19703 est retirée.

18 Vraag van mevrouw Anne Dedry aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kwaliteit van de postnatale zorg bij een afslanking van de materniteiten" (nr. 19706)

18 Question de Mme Anne Dedry à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la qualité des soins postnatals en cas de rationalisation des maternités" (n° 19706)

18.01 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, eind juni kwam het KCE naar buiten met een heel interessant rapport in het kader van de hervorming van het ziekenhuislandschap. Het bevat een heel duidelijke analyse van het aantal en de soorten ziekenhuisbedden die wij in de toekomst nodig zullen hebben. Ik heb het rapport met veel interesse gelezen. Het zal nog regelmatig terugkomen in onze besprekingen, want u zult allicht met een aantal adviezen eruit rekening houden.

Er zijn te veel bedden voor inwendige geneeskunde, heelkunde en voor de kraaminrichtingen. Er zijn te weinig bedden voor de geriatrie en de niet-acute zorg. Er is meer nood aan daghospitalisatie. Wat de kinderpsychiatrie betreft, hebben wij daar al een robbertje over gevochten. Nu wil ik het alleen hebben over de overcapaciteit in de materniteiten.

Ik sla de cijfers over, u kent die beter dan ik. Het wordt duidelijk dat een aantal kraaminrichtingen bijzonder weinig bevallingen heeft. Het rapport van het KCE toont echter ook aan dat er in het algemeen te veel bedden zijn. Over de te nemen maatregelen kan worden gediscussieerd. Moeten er kraaminrichtingen gesloten worden? Ligt de oplossing in een verkort verblijf of in een combinatie van verschillende maatregelen?

Ik wil u graag enkele vragen stellen over de zeven pilootprojecten die momenteel lopen. In het kader van de gegevens van het KCE lijken die een belangrijke proeftuin.

Kunt u een stand van zaken geven van de proefprojecten na één jaar? Zij hebben allemaal hun eerste rapport moeten inleveren. Ik heb er zelf aan gezwoegd, want het sjabloon was niet altijd even evident. Zijn de resultaten bevredigend, wat betreft de kwaliteit van de zorg? Kunt u daaruit al iets concluderen? Wat leert u daaruit?

Er zijn heel veel verschillen in de opzet en organisatie van de pilootprojecten. Welke organisatiemodellen lopen volgens u goed en welke minder?

Op welke obstakels botst men in de praktijk en welke lessen trekt u daaruit? Komen er bijstellingen tijdens het tweede jaar?

Zult u de resultaten van die pilootprojecten koppelen aan een scenario van afbouw van kraaminrichtingen? Die vrees bestaat namelijk in het werkveld.

18.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dedry, uit de studie van het kenniscentrum blijkt inderdaad dat er voor het aantal bevallingen in 2014 een grote variabiliteit is tussen alle kraaminrichtingen. Het gaat van 0,6 bevalling per dag — het is een beetje eigenaardig om dat zo in cijfers uit te drukken, maar daarmee wordt gemiddeld minder dan één bevalling per dag bedoeld — tot negen bevallingen per dag. Daardoor zouden er ongeveer 600 bedden te veel zijn. Deze studie heeft natuurlijk nogal wat reacties uitgelokt. De vraag die tot bezorgdheid leidt is hoe men vroedvrouwen en studenten in de geneeskundige kan opleiden op plaatsen waar er minder dan één bevalling per dag is. Hoe kan men ervoor zorgen dat de nodige expertise daar nog aanwezig is? Het gaat dus over de kwaliteit van de zorg.

Over de proefprojecten kan ik zeggen dat er zeven geselecteerd zijn, en zes proefprojecten startten effectief op 1 juli op. De tussentijdse rapporten komen stilaan binnen en moeten grondig geanalyseerd worden. In grote lijnen kunnen wij al vaststellen dat de projecten enkele aanpassingen hebben doorgevoerd ten opzichte van het zorgtraject zoals gepland. De communicatieproblematiek tussen de eerstelijnszorg, de tweedelijnszorg en de patiënten lijkt een recurrente bezorgdheid over de projecten heen. De projecten zijn op zoek naar nieuwe communicatiekanalen om de toekomstige moeders prenataal al goed te informeren, maar dat is niet zo gemakkelijk. Men kan immers niet op zicht zeggen welke vrouw in de komende tijd zwanger zal worden.

Er is ook nood, zeggen zij, aan een goed elektronisch dossier om, eens de zwangerschap gestart is, te allen tijde de informatie te kunnen delen tussen het ziekenhuis en de eerstelijnspartners, onder wie natuurlijk de vroedvrouwen. Men stelt vast, op basis van de gegevens die in de eerste maanden van 2017 verzameld werden, dat gemiddeld 40 % van de bevallingen in de betrokken ziekenhuizen plaatsvond in een verkort traject. Zoals u weet kan de zwangere vrouw te allen tijde beslissen of zij voor het verkort traject kiest of niet. Er werd ook gevraagd naar de motivaties van niet-inclusie. Die zijn uiteenlopend. In meer dan één vijfde van de situaties gaat het om de weigering van de moeder. In één geval op tien zijn het de sociale omstandigheden die de inclusie van de moeder voorkomen. Dat heb ik ook gezegd. Bij het verkort traject moet men er wel op toezien dat er voor sociaal zwakkeren geen probleem van continuïteit van de zorg ontstaat.

Omdat de projecten aangepast moeten zijn om specifieke onvoorziene obstakels te overwinnen, is het moeilijk nu al te weten welke organisatiemodellen beter lopen. U herinnert zich dat ik, toen de projecten zijn gekozen, heb gezegd dat er hele kleine bij zijn en hele grote, en dat zij verschillen, precies om te weten te komen wat op het terrein het beste model is om te implementeren. Daarvoor moet nog een grondige analyse plaatsvinden. Die zal in de volgende maanden worden uitgevoerd. In september zal dan een intervisiemoment georganiseerd worden om de conclusies met de verantwoordelijken van de projecten te bespreken en om na te gaan welke bijsturing er nodig is. Dan zal er een voorstel worden gedaan. Uit de voorlopige analyse blijkt dat er nood is aan een goed elektronisch patiëntendossier.

Met betrekking tot de transversale behoeften in de projecten werken wij voort met de uitrol van het e-gezondheidsplan. Het is de bedoeling om uit de pilootprojecten iets te leren over de toekomstige behoeften inzake capaciteit en bestaffing. In deze pilootprojecten wordt onderstreept dat dit voor een kortere ligdagduur ook gepaard gaat met een hogere werkdruk op het terrein. U zult daarover beter kunnen oordelen. In de toekomstige behoefteanalyses en programmatie van zorgopdrachten moet dan ook rekening worden gehouden met de verwachtingen van de patiënten maar ook met de evolutie van de zorg, de meerwaarde van de nauwe samenwerking tussen de eerste en tweede lijn en de samenwerking van ziekenhuizen in de locoregionale netwerken, dus precies waar de kraaminrichtingen zich bevinden. Verschillende zaken uit het

beleid komen hier samen, maar het laatste woord over de studie van het kenniscentrum is inderdaad nog niet gezegd.

Mevrouw Jiroflée, u was al bezorgd, ervan uitgaande dat er niet genoeg kinderen zouden kunnen worden geboren. Maar als er minder dan één per dag ter wereld komt in de kraaminrichtingen, dan is er nog veel plaats voor veel zwangere vrouwen.

18.03 Anne Dedry (Ecolo-Groen): Mevrouw de voorzitter, het is nooit een rond getal. Wij krijgen gemiddeld nog maar 2,1 kind. Dat zijn natuurlijk statistieken.

Bedankt voor uw uitgebreid antwoord. Ik zal dit van heel nabij opvolgen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

19 Question de M. Daniel Senesael à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la toxicité des crèmes solaires" (n° 19727)

19 Vraag van de heer Daniel Senesael aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toxiciteit van zonnebrandcrèmes" (nr. 19727)

19.01 Daniel Senesael (PS): Madame la présidente, madame la ministre, plusieurs études ont démontré, ces dernières années, que l'oxybenzone, substance contenue dans les crèmes solaires, pouvait causer des allergies et que, une fois absorbée par la peau, elle pouvait se comporter comme des œstrogènes dans un organisme et perturber le système hormonal. En effet, après avoir réalisé des tests sur des rats, le dermatologue néerlandais David Njoo a observé que cette composante perturbe le bon fonctionnement des hormones thyroïdiennes et des hormones sexuelles. L'oxybenzone pourrait aussi causer des démangeaisons et de l'eczéma ainsi que favoriser le développement de cancers.

Par ailleurs, une étude réalisée récemment par le magazine *60 millions de consommateurs* a relevé que plusieurs crèmes solaires, dont certaines estampillées "pour enfants" contenaient de l'éthylhexyl methoxycinnamate, un filtre UV pointé du doigt pour être un perturbateur endocrinien potentiel.

Madame la ministre, je ne doute pas un seul instant que vous ayez pris connaissance des enquêtes et des études auxquelles je fais référence. Quel est votre point de vue à ce sujet? Des études similaires ont-elles été réalisées en Belgique? Si oui, quels en sont les résultats? Dans le cas contraire, estimez-vous nécessaire de faire procéder à de telles études? Des mesures de protection et d'information aux consommateurs s'imposent-elles, selon vous?

19.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Senesael, je vous remercie pour votre question.

J'ai, en effet, été informée de ces études réalisées aux Pays-Bas, je pense. À ma connaissance, il n'existe pas de telles études en Belgique à l'heure actuelle.

Afin de garantir la sécurité des produits solaires, la réglementation cosmétique européenne n° 1223/2009 n'autorise que les filtres solaires évalués et jugés sûrs par le Comité scientifique européen pour la sécurité des consommateurs. Ce Comité établit des valeurs limites prenant en compte toutes les propriétés des filtres, en ce compris éventuellement les propriétés endocriniennes.

En ce qui concerne l'oxybenzone, aussi appelé benzophénone-3, les concentrations limites ont été adaptées conformément à l'avis du Comité scientifique européen lequel a déterminé des valeurs sûres aussi bien pour les adultes que pour les enfants. Comme ce filtre provoque des réactions allergiques auprès de certaines personnes, un étiquetage spécifique est également prévu.

Pour ce qui concerne l'autre filtre que vous citez, l'éthylhexyl methoxycinnamate, une nouvelle évaluation est en cours au Royaume-Uni dans le cadre de la réglementation REACH – la réglementation générale sur les substances chimiques. Les conclusions de cette évaluation permettront de déterminer s'il y a lieu d'adapter les conditions d'utilisation de cette substance.

En ce qui concerne les perturbateurs endocriniens en général, de nouveaux critères d'identification sont en cours d'adoption au niveau européen pour certaines catégories de produits. C'est déjà le cas pour les

substances utilisées en pesticides et biocides. La Commission européenne s'est engagée à lancer une stratégie prenant en compte toutes les expositions possibles, notamment par les produits cosmétiques. La Commission européenne doit également prochainement publier un rapport spécifique aux produits cosmétiques. Mes services analyseront la stratégie proposée et veilleront à sa bonne mise en œuvre.

19.03 Daniel Senesael (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je suis évidemment satisfait des références scientifiques et des normes européennes auxquelles vous faites référence. Cependant, je reste sceptique. Certains magazines, dont celui auquel j'ai fait référence, *60 millions de consommateurs*, lancent des alertes qui perturbent souvent la réflexion des consommateurs potentiels. Il est difficile de faire la part des choses entre la rigueur scientifique et ces alertes.

Je vous remercie également pour le suivi que vous annoncez en la matière. Attendons les résultats!

Pour le reste, je vous donne rendez-vous la nuit prochaine, en séance plénière, pour une intervention dans le cadre de votre loi-programme.

La **présidente**: J'ai posé une question équivalente au ministre de l'Économie et de la Protection des consommateurs. Nous verrons sa réponse. Mais il est perturbant de savoir qu'il n'existe aucun seuil pour l'effet des perturbateurs endocriniens.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

20 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'intégration des kinésithérapeutes au sein des trajets de soins" (n° 19743)

20 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het integreren van de kinesisten in de zorgtrajecten" (nr. 19743)

20.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, en raison notamment du vieillissement de la population, les maladies chroniques constituent un réel défi pour notre société et spécifiquement pour nos soins de santé. Prévention, autonomie du patient et intégration des soins de première ligne sont, dans ce cadre, fondamentaux.

Comme vous le savez, le diabète de type 2 ainsi que l'insuffisance rénale chronique font actuellement l'objet de trajets de soins spécifiques. Ceux-ci visent à mieux coordonner et intégrer les soins destinés aux affections chroniques à travers une approche multidisciplinaire. Ils pourraient d'ailleurs à l'avenir être étendus à d'autres pathologies chroniques. Il s'avère aujourd'hui que les kinésithérapeutes sont absents des professionnels opérant au sein de ces trajets de soins.

Madame la ministre, pourriez-vous me dire s'il est envisagé une extension des trajets de soins à d'autres pathologies à l'heure actuelle?

L'évaluation fonctionnelle des patients mais également la prévention à travers notamment des programmes d'activités physiques semblent aujourd'hui des éléments importants à prendre en considération dans le cadre de la prise en charge des affections chroniques. L'évolution de la kinésithérapie démontre que ces professionnels pourraient jouer un rôle important dans ce cadre. Quelle est votre position à ce sujet? Serait-il envisageable d'intégrer ces professionnels de la santé dans les trajets de soins actuellement définis et ceux éventuellement à venir? Une réflexion spécifique sur la place du kinésithérapeute dans les soins de première ligne est-elle menée dans le cadre de la réforme de l'arrêté royal 78? Une concertation avec le Conseil fédéral de la kinésithérapie a-t-elle déjà eu lieu dans ce cadre? Si oui, quels en sont les résultats?

20.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, en ce qui concerne la révision de l'arrêté royal 78, nous avons déjà eu un échange de vues au sein de cette commission le 14 mars 2017.

En ce qui concerne les trajets de soins hors diabète et insuffisance rénale, leur nombre ne sera pas élargi.

Dans le cadre du plan de soins intégrés pour les malades chroniques conclu en collaboration avec les entités fédérées, un appel à projets a été lancé. L'objectif de ces projets est de réaliser une meilleure prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique. Rien n'empêche que ces projets développent des

actions dans les trajets de soins pour assurer une meilleure prise en charge. Ces projets peuvent également envisager des actions dans les domaines de la prévention et de la kinésithérapie.

20.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses.

Je conclus qu'il y a une concertation avec le secteur, qu'il n'y aura pas d'élargissement des trajets de soins et que dans le cadre d'un appel à projets pour une meilleure prise en charge des malades chroniques, on pourrait intégrer des kinésithérapeutes dans certains projets.

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

La **présidente**: La question n° 19750 de M. Calomne est transformée en question écrite.

21 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de fusie van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE)" (nr. 19776)

21 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la fusion du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)" (n° 19776)

21.01 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg zoals het nu bestaat wordt opgedoekt. We weten intussen dat het KCE zal fuseren met andere overheidsorganisaties. Na een eerste fusie van het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid en het Centrum voor Onderzoek in Diergeneeskunde en Agrochemie zullen begin 2019 ook het KCE en de Hoge Gezondheidsraad daaraan worden toegevoegd.

Ik heb mij laten vertellen dat een aantal leden van het bestuur van het KCE aan de alarmbel trekt. Zij vrezen dat de intellectuele onafhankelijkheid en de objectiviteit, twee van de zeven kernwaarden van de organisatie KCE, in het gedrang komen. Momenteel bestaat de raad van bestuur immers uit een politieke vertegenwoordiging en uit stakeholders die opkomen voor de belangen van ziekenfondsen, artsen en patiënten. Het voorstel dat nu op tafel ligt heeft het over een raad van bestuur zonder stakeholders. Een kritische stem die het beleid en de burger ten goede komt valt daarmee volgens een aantal leden weg, een stem ook die al dikwijls invloed heeft gehad op de besluitvorming van de beleidsmaker.

Mevrouw de minister, ik heb hierbij enkele vragen. Ten eerste, klopt het dat in de toekomst alleen politieke vertegenwoordigers deel zullen uitmaken van de raad van bestuur?

Ten tweede, vreest u niet dat daarmee de objectiviteit en de integriteit van de adviesvorming in het gedrang komen? Vooral bij de keuze van de onderzoeken vreest men censuur, wat dat dan ook moge betekenen in deze. Politici zijn tenslotte de eerste klanten.

Ten derde, hoe lopen de besprekingen hieromtrent? Wanneer zullen die worden afgerond?

21.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Jiroflée, eerst en vooral ben ik het niet eens met uw inleiding waarin u zegt dat het federaal kenniscentrum zal worden opgedoekt. Dat is helemaal niet het geval. Het blijft bestaan maar het zal functioneren binnen een grotere eenheid. Het zal zijn onafhankelijkheid, objectiviteit en integriteit kunnen bewaren.

21.03 Karin Jiroflée (sp.a): Onmiddellijk akkoord, mevrouw de minister, dat woord is verkeerd gekozen. Ik had beter gefusioneerd gezegd in plaats van opgedoekt.

21.04 Minister Maggie De Block: Zoals voorzien in de visienota over de *redesign* van de gezondheidszorgadministratie van 14 juni 2016, zullen het kenniscentrum, de in oprichting zijnde instelling Sciensano, het Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid, CODA en de Hoge Gezondheidsraad fusioneren tot één instelling. Momenteel is in de ontwerp tekst van de fusie-instelling Sciensano die wordt gebruikt als uitgangspunt bij de onderhandelingen voorzien dat de raad van bestuur is samengesteld uit twee vertegenwoordigers uit de academische wereld, twee van de FOD Volksgezondheid, één vertegenwoordiger van het RIZIV, één vertegenwoordiger van het Federaal Geneesmiddelenagentschap en één vertegenwoordiger van het Federaal Voedselagentschap. De raad van bestuur wordt gecontroleerd door de algemene raad die een uitgebreidere vertegenwoordiging van stakeholders kent.

Zonder te willen vooruitlopen op de finale beslissing werden er tijdens de onderhandelingen verschillende voorstellen gedaan om in een uitgebreidere vertegenwoordiging van de stakeholders te voorzien, inclusief vertegenwoordigers van ziekenhuizen, artsen, patiënten enzovoort binnen de nieuwe instelling. Dat is nu ook al het geval bij het KCE, zoals u weet.

Het is vanzelfsprekend dat onafhankelijkheid, objectiviteit en integriteit belangrijke factoren zijn in een wetenschappelijke instelling die beleidsadviezen formuleert. Dit geldt niet enkel voor het kenniscentrum maar eveneens voor Sciensano en de Hoge Gezondheidsraad. Ik zal er dus op toezien dat de eerder vermelde waarden worden bewaakt binnen de nieuwe instelling.

Momenteel lopen er besprekingen tussen de leidende ambtenaren van het kenniscentrum, Sciensano, de Hoge Gezondheidsraad en vertegenwoordigers van mijn beleidscel omtrent de strategie, de *governance*, de organisatie, de identiteit en de onafhankelijkheid van die nieuwe fusie-instelling. Tegen eind juli, begin augustus zal een voorstel worden uitgewerkt waarna de ontwerpakte Sciensano waar nodig zal worden aangepast.

Nu en dan komen er wel eens echo's van ontevreden mensen van op de lopende onderhandelingen, die parlementsleden contacteren of naar de pers stappen. Het kan de voeding zijn voor de bezorgdheden van deze of gene. Ik zeg alleen dat de besprekingen die nu worden gevoerd tussen de leidende ambtenaren zeer goed lopen en dat daaraan met veel inzet door iedereen wordt gewerkt. Het staat ook voor hen als een paal boven water dat de onafhankelijkheid en de integriteit van die instellingen moet worden bewaard, anders zou dit het omgekeerde zijn van wat wij beogen. Ik ben daar dus eigenlijk redelijk gerust in.

Ik vind het een interessante vraag, want het is natuurlijk een grote operatie. Bij het Wetenschappelijk Instituut en CODA is er een gemeenschappelijke basis. Wat fout zit voor de mens, zit meestal ook fout voor de dieren, en er is daar een wisselwerking. Het kenniscentrum heeft ook een heel andere samenstelling. Dat is vooral samengesteld uit wetenschappers met wisselende opdrachten, uit mensen met verschillende expertise, die moeten aangetrokken worden naargelang de studies die zij programmeren. Dan is er nog de Hoge Raad.

Eigenlijk is het zo dat hun manier en methodologie en zo allemaal zal blijven bestaan. Zij gaan alleen onder één dak zitten. Zij zullen ook veel meer samenwerken en zo wordt vermeden dat er dubbel werk wordt gedaan en het zal ervoor zorgen dat zij weten waarmee de andere bezig is. Er zijn nu ook reeds overlegmomenten, maar als zij onder één dak zitten, zal dat gemakkelijker gaan.

21.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, ik noteer dat u het ook belangrijk vindt dat die onafhankelijkheid en integriteit worden bewaakt. Ik volg het verder op.

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

22 **Samengevoegde vragen van**

- mevrouw Sonja Becq aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de besparingen in de dagpsychiatrie voor jongeren" (nr. 19798)
- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de financiering van psychiatrische bedden in dagziekenhuizen" (nr. 19927)
- de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vte-normen bij voorzieningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie" (nr. 19989)

22 **Questions jointes de**

- Mme Sonja Becq à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les économies dans le cadre de la psychiatrie de jour pour jeunes" (n° 19798)
- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le financement de lits psychiatriques dans les hôpitaux de jour" (n° 19927)
- M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les normes ETP au sein des structures pédopsychiatriques" (n° 19989)

La **présidente**: Mme Sonja Becq a retiré sa question.

22.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la présidente, madame la ministre, vous venez de prendre un arrêté royal relatif aux centres de jour de psychiatrie infantile. Cet arrêté royal va à l'encontre de l'avis du

Conseil fédéral en la matière. Il a suscité une réaction en chaîne sur le terrain en commençant du côté néerlandophone pour s'étendre du côté francophone, il y a maintenant quelques jours.

Pourtant, le travail de ces centres de jour est reconnu de toutes parts pour sa qualité et l'importance des soins continus dispensés, en associant le cadre familial, aux patients lourds (des enfants, des adolescentes) qui sont en grande détresse.

Par ailleurs, il faut tenir compte du volet quantitatif non négligeable, puisque les listes et les délais d'attente sont importants.

L'exemple des Cliniques universitaires Saint-Luc est interpellant. En effet, votre décision va les priver de 150 000 euros, dès cette année, et de 800 000 euros par an à partir de 2020. Cela représente 12 équivalents temps plein. Cela vient s'ajouter à toutes les importantes économies qui ont été imposées aux hôpitaux.

En l'absence de révision de cette mesure, lesdits hôpitaux vont devoir réduire la voilure en termes d'emplois, mais aussi des activités à destination de ces enfants et de ces adolescents en grande détresse.

Dès lors, cet arrêté royal suscite une totale incompréhension. Je ne peux donc que relayer le point de vue de l'ensemble des acteurs de terrain, de ceux qui oeuvrent au quotidien en pédopsychiatrie pour vous appeler à revoir votre décision.

22.02 **André Frédéric** (PS): Madame la présidente, madame la ministre, je fais référence au même arrêté royal publié le 30 juin dernier fixant, pour les lits K, un nombre de 16 équivalents temps plein (ETP) pour les lits résidentiels et de 8 pour les centres de jour. Comme Mme Fonck vient de le rappeler, le secteur, qui dit n'avoir pas été consulté, continue à s'alarmer de cette décision jugée intenable.

Ainsi, aux Cliniques Saint-Luc, exemple également repris par Mme Fonck, l'hôpital de jour pédopsychiatrique fonctionne actuellement avec 16 ETP en équipe pluridisciplinaire (médecins, infirmiers, éducateurs, psychologues, psychomotriciens, logopèdes, kinésilogues, secrétaires, etc.). Avec la décision que vous venez de prendre, celui-ci verrait son personnel réduit de moitié.

Vous comprendrez donc l'émoi que cela suscite. Pour les professionnels du secteur, une réduction d'effectifs trop importante mettrait, en effet, à mal le fonctionnement même de tels services.

Madame la ministre, il apparaît aujourd'hui que la prise en charge et l'encadrement adéquats des jeunes patients au sein de ces services sont menacés par votre décision.

Vous avez, pour votre part, tenu à préciser que votre décision avait été mal comprise, car la réduction de 50 % du nombre d'ETP est prévue sur trois ans. Pour l'année 2017, on passerait donc d'abord à 13 ETP. Reste que c'est bien le chiffre de 8 ETP pour 2019 qui est prévu et que ces services fonctionnent déjà "à la corde", comme ils le disent. Pouvez-vous, dès lors, comprendre les réactions du secteur au Sud comme au Nord du pays qui juge votre décision incohérente, intenable et non concertée?

Confirmez-vous que la mesure prise vise en fait à permettre aux hôpitaux du Nord du pays d'ouvrir de nouveaux lits en psychiatrie de jour, sans toutefois toucher au budget global?

Pourriez-vous nous préciser aujourd'hui si le secteur a été consulté dans le cadre de l'élaboration de cet arrêté royal? Dans l'avis rendu par Conseil national des établissements hospitaliers, ce dernier recommande, dans un premier temps, de ne pas changer ce qui est à l'œuvre et, s'il s'agit de réformer, d'appliquer "un nombre de points supérieur à la simple application des normes de personnel, car les soins qui y sont prodigués sont plus soutenus que dans les lits complets". Pourquoi ne pas avoir tenu compte de cet avis?

Enfin, madame la ministre, vous qui répétez à l'envi vouloir prendre vos décisions selon la notion *evidence based*, pourriez-vous nous expliquer sur quelle base cette décision a été prise et comment le nombre d'ETP a été fixé?

22.03 **Minister Maggie De Block**: Het was misschien eenvoudiger geweest, als de vragen in de plenaire vergadering waren gesteld, waar ik over het thema ook al drie vragen heb beantwoord. Als het nodig is, zal

ik dat hier herhalen.

Ik heb de vorige jaren inderdaad, in het kader van de interministeriële conferentie, al belangrijke inspanningen geleverd om de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren en ook voor volwassenen te versterken, steeds in nauwe afstemming met collega-ministers van de deelstaten.

Meer bepaald voor kinderen en jongeren hebben wij vanaf het najaar 2015 stappen vooruit gezet. Wij hebben met bijkomende federale investeringen ongeveer 250 voltijdse equivalenten meer kunnen financieren, die voor meer gespecialiseerde zorg worden ingezet.

Het is duidelijk. Mijn bevoegdheid op het vlak van de geestelijke gezondheidszorg is de gespecialiseerde ziekenhuiszorg. De ambulante zorg is de bevoegdheid van de deelstaten.

La décision d'adapter le financement des lits K dans les hôpitaux généraux n'a pas été prise sans raison. Cela concerne seulement les hôpitaux généraux et pas les services psychiatriques. Ce n'était pas clair pour certains. Il est bien connu qu'il y a eu une anomalie dans la manière dont est financé le personnel supplémentaire dans le secteur, en plus des normes d'agrément. C'est l'une des conséquences d'une série de décisions prises dans le passé parfois dans le cadre d'accords sociaux, parfois selon que les places existaient déjà avant 2002 ou qu'elles aient été créées après.

J'ai constaté un manque de transparence quant au nombre et au mode de financement des membres du personnel en pédopsychiatrie de jour. Ainsi, un lit K agréé avant 2002 bénéficiait d'un financement pour un nombre d'équivalents temps plein différent de ceux agréés après 2002. Il est difficile d'interpréter le poste de financement qui finance le personnel supplémentaire. De plus, il y a aussi une différence entre les hôpitaux psychiatriques et généraux au niveau du mode de financement de ce type de lit. Donc, oui, je maintiens ma décision de promouvoir la transparence et de viser un traitement égal pour tous les hôpitaux du pays, à savoir un financement basé sur la normalisation du personnel identique pour tous les services K.

Je ne peux que constater que cette histoire a été complètement faussée dans les médias. C'est bizarre aussi. Il y a d'abord eu une vague en Flandre et un peu plus d'une semaine plus tard, en Wallonie. C'est regrettable.

Je récapitule. Il n'est absolument pas question de supprimer des lits, bien au contraire! Le moratoire général a été levé spécifiquement pour ces soins-là. Si la programmation le permet, il est donc tout à fait possible pour les différentes Communautés de renforcer l'offre en soins pour les lits K et ce, en reconversion des lits qui ne sont pas financés maintenant.

Cela signifie que, malgré les reconversions prévues prochainement et le financement déjà adapté, il y aura un glissement net considérable vers la psychiatrie infanto-juvénile au cours de l'année.

Pour le moment, je ne change rien au financement des hôpitaux psychiatriques. Les fameux témoignages basés sur les expériences internes ne sont donc pas pertinents.

Entre-temps, j'attends un avis étayé du Conseil fédéral des établissements hospitaliers pour voir comment financer correctement les lits de jour en pédopsychiatrie. Je suis ouverte à tout argument objectif.

L'essentiel pour moi est bien la transparence, l'objectivité des investissements, mais aussi l'égalité de traitement.

Ik kan dus niet aanvaarden dat er drie verschillende tarieven zijn, verstopt in de wet op de financiering van de ziekenhuizen in diverse posten, en dat men adviseert er beter niet aan te beginnen, omdat alles zo ingewikkeld zou zijn door ontwikkelingen in het verleden. Dat is immers geen echt advies. De norm is 8 en de financiering gaat over 16 voltijds equivalenten.

Wanneer u de norm van de financiering wil loskoppelen, creëert u een gevaarlijk precedent. Het betekent dat de Gemeenschappen, die de norm vaststellen, geen invloed meer zullen hebben en dat ik daarmee geen rekening meer moet houden. Daar zijn we over bezig en ik vind dat gevaarlijk, maar ik neem aan dat anderen daar misschien minder graten in zien.

Het is de bedoeling te blijven overleggen met de collega-ministers. Zo maken we de grootste kans om de

federale investeringen, die veel meer bedragen dan wat men op regionaal niveau kan bijpompen, efficiënt in te zetten. Hoewel de beslissing om de financiering van de ziekenhuisbedden gelijk te laten lopen met de normering mijn bevoegdheid is, heb ik ook contacten gehad met de ministers van de deelstaten, zeker ook met minister Vandeurzen. In Vlaanderen staat men het minst ver met de invulling van de programmatie. In Vlaanderen staat men op 45 % en daar kan men naar 90 % gaan door het invullen van die maatregel. In Wallonië staat men op 78 % en kan zeker nog een aantal plaatsen in de kinderpsychiatrie worden bijgemaakt. Het budget zal dus stijgen, aangezien het eigenlijk gaat om een financiering van plaatsen door reconversie van wat men noemt niet-verantwoorde bedden, waar nu geen financiering tegenover staat.

De kwestie is misschien technisch. Volgens sommigen begrijpt niemand de uitleg. De maatregel is in elk geval gerechtvaardigd. Ik blijf de maatregel verdedigen om elk kleine K-bed waar dan ook in ons land, in welk ziekenhuis dan ook dat dezelfde kwaliteit van zorg biedt, op dezelfde manier te financieren. Als het advies opwerpt dat de norm vastligt, dan moet die norm herbekeken worden, want die staat nog altijd op 8. Ik zeg u, het is gevaarlijk om de financiering los te koppelen van de normering. Dan hebben de Gemeenschappen eigenlijk geen enkele bevoegdheid meer.

22.04 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, vous dites que vous avez consenti des efforts importants dans les soins de santé mentale. Je dois quand même constater que dans la pratique, ce que vous avez donné d'une main, vous le reprenez de l'autre. Vous le justifiez par une anomalie de financement, alors même que le Conseil fédéral avait indiqué que le financement des lits existant devait absolument être maintenu.

Diminuer le financement en hôpital de jour pour les enfants et adolescents qui sont pris en charge en pédopsychiatrie, c'est diminuer leurs capacités, c'est renvoyer en hospitalisation, c'est augmenter les prises de médicaments. C'est donc un recul majeur sur le plan qualitatif.

Vous persistez. Vous affirmez vouloir maintenir cet arrêté royal, qui réduit le financement des lits en hôpital de jour en pédopsychiatrie. Je vous exhorte à constater sur le terrain comment cela se passe. Allez constater les besoins qui sont énormes en vous rappelant une chose: le taux de suicide chez les enfants et les adolescents est malheureusement beaucoup plus élevé en Belgique qu'ailleurs en Europe. S'il y a un élément à retenir, c'est celui-là. Allez voir ce qui se passe sur le terrain avant de verrouiller ce choix ou de revoir éventuellement votre décision!

22.05 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je rejoins partiellement la réplique de Mme Fonck.

En termes de transparence et d'égalité de traitement, vous avez donné une explication technique qui est incomprise par le terrain, dites-vous. Je continuerai à vérifier sur le terrain la mise en œuvre de cet arrêté.

Mettre en péril des sections aussi importantes que celles qui accueillent des enfants et des adolescents qui présentent des troubles psychiatriques me semble très grave. Je ne voudrais pas qu'on mette à mal le travail effectué par ces équipes pluridisciplinaires un peu partout dans notre pays.

Je reviendrai sur le sujet.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

23 Questions jointes de

- Mme Catherine Fonck à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le 1733" (n° 19828)

- M. Benoît Piedboeuf à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "les modalités de tri du 1733" (n° 19988)

23 Samengevoegde vragen van

- mevrouw Catherine Fonck aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "het centrale telefoonnummer 1733" (nr. 19828)

- de heer Benoît Piedboeuf aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de wijze waarop er via het nummer 1733 wordt getrieerd" (nr. 19988)

23.01 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, il s'agit d'un dossier majeur pour la qualité des soins et toute leur articulation avec la première ligne, dont les médecins généralistes. J'ai déjà abordé ce dossier

avec vous à de nombreuses reprises.

Le financement des postes médicaux de garde a été gelé. J'avais alors déposé une série de propositions en la matière. Le moins que l'on puisse dire, si je dois le résumer très brièvement, c'est que les choses n'avancent pas. Vous aviez annoncé une série de décisions devant être prises, une série de concertations. Vous aviez tenté d'annoncer un calendrier. Vous aviez aussi reçu des propositions émanant directement du terrain, etc. Ce qui me revient de la part de plusieurs partenaires concernés, c'est que les choses n'avancent pas.

J'aimerais que l'on fasse le point.

Quels sont les projets pilotes mis en œuvre? Quels sont les projets aujourd'hui validés? Ont-ils bien été évalués – je ne peux que vous renvoyer à vos propos publics en mars 2016 – y compris au parlement? Aboutira-t-on enfin avec ces dossiers très importants et par rapport à l'enjeu lié au 1733 pour ce qui concerne les soins médicaux non programmés?

23.02 Maggie De Block, ministre: Madame Fonck, la *task force* des soins non planifiables devait se réunir les 9 et 30 juin, ainsi que le 7 juillet. La réunion du 30 juin a été annulée à cause d'indisponibilités. Elle a été remplacée par une réunion au mois de septembre.

Le 9 juin, le rapport final de l'audit des postes médicaux de garde a été présenté par l'INAMI. Le 7 juillet, la cellule stratégique a présenté notre nouvelle politique en matière de postes médicaux de garde. Des représentants des syndicats de médecins, des cercles de garde, des hôpitaux, de l'INAMI et du SPF Santé publique ont assisté à cette réunion.

Les quatre axes de la nouvelle politique en matière de postes médicaux de garde qui ont été présentés sont les suivants. Premièrement, une programmation obligée des postes médicaux de garde, à réaliser dans une période de quatre ans à partir de maintenant. Ensuite, la création de réseaux, des structures devant voir le jour concernant les postes médicaux de garde. Un poste médical de garde par réseau devra se trouver au sein d'un hôpital.

Il s'agit de réseaux de 400 000 habitants. Ils devront adopter un mode de fonctionnement universel et reconnaissable par le patient. Les heures pendant lesquelles les postes médicaux de garde seront ouverts au public seront uniformisées, parce que ce n'est vraiment pas le cas maintenant. Vu le nombre limité de patients pendant les nuits de week-end, on prévoit les alternatives suivantes: soit le 1733, mais uniquement par les visites à domicile, ou l'ouverture d'un seul poste médical de garde par réseau, ou encore l'ouverture de postes de médecins de garde dans les grandes villes, en combinaison avec les deux possibilités précédentes.

Ce sujet est encore à discuter avec eux. Je pense que ce ne sera pas la même chose dans toutes les Régions.

Une optimisation de la garde mobile est souhaitable, avec deux possibilités: soit une organisation au niveau du réseau, soit une gestion par le 1733. On prévoit une coordination au niveau des Régions et au niveau du réseau, avec la nomination d'un coordinateur des gardes, qui devra assurer la qualité.

Comme je l'ai dit, nous envisageons une dimension de 400 000 habitants par réseau.

Le financement des postes de garde sera séparé du financement des cercles de garde.

Les différents partenaires ont la possibilité de transmettre leurs commentaires aux *task forces*. Le but est de réaliser une note conceptuelle en septembre. Ils ont eu toute l'information sur l'audit et sur les pistes évoquées. Nous leur demandons de communiquer leurs commentaires, notamment sur les autres pistes.

Comme vous avez pu le remarquer, les PMG pourront s'appuyer sur le 1733. Le 1733 fera un tri entre les soins non planifiables - les visites à domicile et les consultations - et les éventuels cas d'aide médicale urgente. Un pareil tri sera effectué pendant l'ouverture des PMG.

L'évaluation des projets-pilotes 1733 de Flandre orientale, du Hainaut, d'Arlon et de Louvain n'a pas encore été formellement finalisée, mais vu la diversité des projets actuels, une harmonisation des meilleures

pratiques s'impose.

Le *roll out* du site 1733 dépendra entre autres de la mise en œuvre d'un terminal d'alerte permettant l'envoi sécurisé du compte rendu de l'interrogation du préposé de la centrale 1733 vers les postes médicaux de garde et des modifications limitées des centres 112 qui figureront comme centrales 1733. Il s'agit, par ordre alphabétique, d'Arlon, Bruges, Louvain et Mons. La mise en œuvre et l'envoi au niveau fédéral sont prévus pour le début de 2018.

23.03 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, merci pour votre réponse.

J'ai quelques réflexions.

D'abord, je pense qu'il faut vraiment retisser du lien avec le terrain, car la réforme des PMG est un enjeu crucial. Recréez du lien, parce que cela ne se passe manifestement pas bien. Tentez de replacer cela dans une logique positive.

Ensuite, puisque vous parlez d'uniformiser et d'harmoniser – termes que vous avez utilisés à plusieurs reprises –, je me permets de rappeler qu'imposer un modèle standardisé de permanence de médecine générale ne correspondra pas nécessairement aux particularités de certaines régions. Travaillez avec les acteurs de terrain sur cet aspect. Surtout, prenez la mesure des spécificités.

Enfin, laisser un PMG pour 400 000 habitants ne me paraît pas tenable. Ce n'est pas un seul médecin, mais c'est le chiffre que vous avez donné.

23.04 Maggie De Block, ministre: Un réseau pour 400 000 habitants. Un réseau, ce n'est pas un PMG!

23.05 Catherine Fonck (cdH): Et combien de PMG par réseau?

23.06 Maggie De Block, ministre: Certains existent déjà.

23.07 Catherine Fonck (cdH): D'accord. Vous voulez lier les PMG aux réseaux. Il y aura forcément plusieurs PMG par réseau. Dans les grandes villes, en zone rurale ou semi-rurale, compte tenu des distances à parcourir, c'est énorme. Attention: là où il y a une bonne articulation avec les hôpitaux, d'accord! Mais il y a parfois des spécificités locales ou régionales, où ça se fait au niveau des cercles sans qu'il y ait une articulation pleine et entière du PMG en lien direct avec le réseau.

Il ne faut pas nécessairement vouloir tout re-centraliser vers les hôpitaux. Il y a des réalités et des spécificités intéressantes à poursuivre. Procédons plutôt "à la carte" que dans un modèle uniformisé et complètement harmonisé.

23.08 Maggie De Block, ministre: Ce n'est pas le cas. On veut justement offrir des alternatives aux gens qui ont besoin de soins qu'on ne doit pas fournir dans les hôpitaux mais plutôt dans les postes de garde des généralistes.

23.09 Catherine Fonck (cdH): Je ne vois pas tellement pourquoi on fait le lien avec le réseau des hôpitaux. C'est tout autre chose.

À l'inverse, c'est évidemment le sens des PMG, mais il y a, en même temps, cette réalité où des PMG sont réalisés par les cercles et parfois étroitement liés aux hôpitaux.

S'il vous plaît, madame la ministre, pas d'uniformisation pour le plaisir de l'uniformisation. Tenez compte des spécificités de terrain et, surtout, remettez du lien avec le terrain et les médecins généralistes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

La **présidente**: Les questions n^{os} 19829 et 19983 de Mme Fonck sont transformées en questions écrites.

24 Question de M. André Frédéric à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le

remboursement de l'Avastin" (n° 19836)

24 Vraag van de heer André Frédéric aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de terugbetaling van Avastin" (nr. 19836)

24.01 André Frédéric (PS): Madame la ministre, comme vous le savez, le médicament Avastin (Bevacizumab) est habituellement utilisé pour le traitement de divers cancers. Dans ce cadre, il fait l'objet d'un remboursement par l'INAMI. Comme vous le savez également, ce médicament est aussi prescrit dans le cadre du traitement de la maladie de Rendu-Osler également nommée télangiectasie hémorragique héréditaire. Il s'agit d'une maladie génétique qui ne touche qu'une personne sur 10 000. Son traitement est particulièrement coûteux et non remboursé en Belgique.

Madame la ministre, il me revient que ce médicament est actuellement pris en charge en France dans le cadre du traitement de la maladie de Rendu-Osler. Un tel remboursement pourrait-il être envisagé chez nous? La Commission de remboursement des médicaments s'est-elle déjà penchée sur la question?

24.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur Frédéric, l'admission sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables ne peut être proposée par la Commission de remboursement des médicaments (CRM) que si le demandeur, c'est-à-dire la firme pharmaceutique, a introduit une demande d'admission ou une demande de modification des conditions de remboursement pour la spécialité pharmaceutique concernée.

Dans ce cas, la firme pharmaceutique n'a jamais introduit de demande de remboursement dans cette indication (la maladie de Osler) auprès de la CRM.

Par ailleurs, pour déterminer les modalités de remboursement d'une spécialité pharmaceutique, la Commission de remboursement des médicaments se base sur les indications de la notice scientifique approuvée par le ministre de la Santé publique.

En conclusion, la Commission de remboursement des médicaments n'a pas encore envisagé un remboursement d'Avastin dans cette indication. Je vais lui demander d'étudier le dossier et de me rendre un avis.

24.03 André Frédéric (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Il m'intéresserait d'être tenu au courant de l'évolution de cette affaire.

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

25 Vraag van mevrouw Karin Jiroflée aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de kindergeneeskunde" (nr. 19929)

25 Question de Mme Karin Jiroflée à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la pédiatrie" (n° 19929)

25.01 Karin Jiroflée (sp.a): Ik probeer kort te zijn, mevrouw de minister.

Bij monde van voorzitter Yvan Vandenplas stelt de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde dat ouders met een ziek kind beter niet naar een huisarts gaan maar meteen naar een kinderarts. De huisartsen zelf reageren geschrokken en repliceren dat de opleiding tot huisarts in België van een uitstekend niveau is en zien dan ook niet in waarom zij ook voor kinderen niet als eerste lijn kunnen blijven fungeren.

Bovendien raakt de uitspraak van de pediaters aan het principe van de laagdrempelige en betaalbare eerstelijnszorg, om nog maar te zwijgen van de wachttijden die ongetwijfeld zullen oplopen indien iedereen met een ziek kind onmiddellijk naar een kinderarts loopt. Bovendien hebben huisartsen de plicht patiënten door te verwijzen wanneer ze zelf het probleem niet kunnen oplossen.

Mevrouw de minister, wat is uw mening over de uitspraak van de pediaters? Zal u iets aanvangen met dit voorstel? Of zal de opleiding van de huisartsen eventueel worden aangepast, zoals ook door hen werd gesuggereerd?

25.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Jiroflée, ik heb net als u echt met opperste verbazing kennis genomen van de beweringen in de media dat men met een ziek kind beter niet naar de huisarts gaat. Uit mijn 25-jarige ervaring als huisarts weet ik dat wij heel veel kinderen zien want de mensen twijfelen om naar een wachtdienst van een ziekenhuis te gaan met een ziek kind. Zij gaan liever naar een huisarts van wacht. Wij begeleiden als huisarts heel veel kindjes, dikwijls in samenspraak met de pediater.

De voorzitter van de Belgische Academie voor Kindergeneeskunde verwijst naar een rapport van die academie. Ik ben natuurlijk ook razend nieuwsgierig naar dat rapport en hoe zij tot hun conclusie zijn gekomen. Bovendien vraag ik mij af op basis van welk wetenschappelijke onderzoek zij te werk zijn gegaan. Ik heb dat rapport dan ook opgevraagd omdat het te kunnen laten onderzoeken. De vraag is onder meer of men rekening heeft gehouden met de mildere uiting van de symptomen op het moment van de raadpleging bij de huisarts en met het aantal kinderen dat wel degelijk correct door de huisartsen wordt behandeld.

Ik vind ook de lompe manier waarop dat nieuws in de media is gekomen erg jammer. Ik heb begrepen dat de pediater in kwestie zich inmiddels heeft geëxcuseerd bij de huisartsen.

Er is trouwens een brief geweest van een groep huisartsen, onder leiding van mevrouw Martine Huybrechts, een huisarts uit Wemmel.

De pediater zegt dat alles op een misverstand berust. Ik beschouw de zaak als gesloten. Hij heeft zich geëxcuseerd. Maar ik ben helemaal niet van plan te zeggen dat zieke kinderen alleen door pediaters behandeld moeten worden. Helemaal niet. Ik nodig u trouwens uit te bellen naar een pediater en te vragen hoe snel u kunt komen. Daar raakt men niet zomaar binnen. Er zijn er zelfs die de telefoon niet meer aannemen. Dan kunt u geen afspraak maken.

Wat dat betreft, is de toegankelijkheid van de huisartsen voor mensen met zieke kinderen essentieel.

Ik zal hier zeker geen beslissingen uit laten voortvloeien. Ik zal het rapport met meer dan gewone belangstelling lezen. Dat zal voor de vakantie zijn.

25.03 **Karin Jiroflée** (sp.a): Oké. Dank u wel, mevrouw de minister. Ik meen dat wij het hierover helemaal eens zijn.

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

La **présidente**: Comme Mme Muylle est absente et qu'elle n'a rien demandé, sa question n° 19930 est retirée. Les questions n° 19946 et n° 19952 de M. Flahaux sont transformées en questions écrites.

26 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de prijstransparantie voor orthesen" (nr. 19977)**

26 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la transparence des prix dans le domaine des orthèses" (n° 19977)**

26.01 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, mijn vraag is ingegeven door uw antwoord op een andere vraag van mij, namelijk over de terugbetaling van nachtspalen bij hallux valgus. U antwoordde toen dat er een veel bredere oefening bezig was voor meer prijstransparantie en meer EBM inzake orthesen (artikel 29 van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen).

U zou een lijst opmaken van alle producten die onder het artikel vallen en laten nagaan welke wetenschappelijke basis ervoor bestaat en desgevallend prijsafspraken maken.

Is die oefening reeds afgerond en wat is het resultaat? Hoe zal de lijst worden aangepast?

26.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, inhoudelijk is mijn antwoord nog altijd hetzelfde.

De voorbereidende werkzaamheden in het kader van de prijstransparantie zijn nog bezig. Er zijn niet alleen wetenschappelijke evaluaties maar ook prijsonderhandelingen nodig. Bovendien moet de oefening per productgroep worden uitgevoerd. Daarnaast is men ook aan het zoeken naar een tool waarmee een duidelijk zicht krijgt op de in België afgeleverde hulpmiddelen.

Er bestaan ontzettend veel verschillende orthesen. Wij hebben in het pact betreffende de *medical devices* gezien hoe veel verschillende hulpmiddelen er in België zijn. Een en ander vraagt dus veel tijd; men werkt eraan voort.

26.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Bedankt, mevrouw de minister. Ik blijf het dossier opvolgen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

27 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vaccinatie tegen zona en HPV bij jongens" (nr. 19978)

27 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la vaccination des garçons contre le zona et le VPH" (n° 19978)

27.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mevrouw de minister, ook deze vraag gaat al langer mee. Men wachtte op de adviezen van de Hoge Gezondheidsraad. Inmiddels zouden sommige adviezen al zijn toegekomen, maar dat over HPV-vaccinatie bij jongens nog niet. Hebt u het intussen ontvangen? Wanneer worden de resultaten verwacht?

Wat is het advies inzake zonavaccinatie? Is dat al binnen of wachten wij daar ook nog op?

27.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Van Camp, de twee adviezen van de Hoge Gezondheidsraad waarover u spreekt, namelijk een advies dat betrekking heeft op de vaccinatie tegen het humaan papillomavirus en het advies over vaccinatie tegen herpes zoster, worden op dit moment afgewerkt. De Hoge Gezondheidsraad heeft deze op zijn laatste vergadering gevalideerd en ze zullen na vertaling worden gepubliceerd. Wij hebben aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd wanneer dat zou gebeuren, en dat zou eind augustus of begin september zijn.

Het kenniscentrum heeft ook een studie gepland die de kosteneffectiviteit van genderneutrale vaccinatie tegen het humaan papillomavirus zal evalueren. Het betreft de KCE-studie 2017-04 "Potentiële voordelen van het vaccineren van jongens tegen het humaan papillomavirus". Deze zal na de zomer worden opgestart en beslaat minimaal 150 onderzoeksdagen.

Normaal gezien zullen wij al een richting kunnen aangeven op basis van de twee andere adviezen van de Hoge Gezondheidsraad.

27.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, u mag mij opnieuw verwachten met een vraag hierover na het zomerreces, bij het begin van het parlementaire jaar.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

28 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de daghospitalisatie (bis)" (nr. 19979)

28 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'hospitalisation de jour (bis)" (n° 19979)

28.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dit is eens te meer een opvolgingsvraag. In april stelde ik u een vraag over de daghospitalisaties, en met name over de gemiste kans omdat een deel blijkbaar niet in de lijst was opgenomen. Wij hebben het toen bijvoorbeeld gehad over de galblaasoperaties zonder complicaties. Het KCE had in een studie verschillende voorbeelden aangehaald. U antwoordde toen dat u met uw administratie, de FOD en het RIZIV bekeek wat daaraan kon worden gewijzigd.

Ondertussen zijn wij een paar maanden later en wil ik graag weten of de lijst met ingrepen voor daghospitalisatie is aangepast? Indien ja, in welke zin?

28.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, de administratie van de FOD Volksgezondheid, het RIZIV en het kenniscentrum werken inderdaad samen aan een procedure om de lijst met ingrepen die in

aanmerking komen voor financiering via een dagchirurgisch ziekenhuis, als het ware te automatiseren.

Het heeft weinig zin om de lijst eenmalig te actualiseren zonder in te grijpen op de wijze waarop die totstandkomt. Als er een of twee maanden later iets wordt gewijzigd aan de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen via de Medicomut, is de lijst alweer verouderd. Vandaar dat ik laat onderzoeken of een werkwijze met een systematische actualisering van de lijst van verstrekkingen, telkens wanneer de nomenclatuur wijzigt, tot de mogelijkheden behoort. Dan gaat het over veel meer dan alleen galblaasoperaties.

Gezien de trend om meer met daghospitalisatie te werken, bijvoorbeeld bij knieoperaties, denk ik dat wij een heel dynamische methode moeten uitwerken, waardoor, telkens wanneer zich op het terrein door de technologische vooruitgang de mogelijkheid voordoet om een ingreep via daghospitalisatie te doen, de lijst automatisch kan worden aangepast.

28.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dat ziet er een goede piste uit. Ik hoop dat die snel wordt hardgemaakt.

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

29 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "Natulan" (nr. 19980)

29 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "le Natulan" (n° 19980)

29.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ook dit is een opvolgvraag, want over Natulan heb ik al verschillende vragen gesteld, de recentste in april. U hebt toen geantwoord dat het dossier wat vertraging had opgelopen door de begrotingsoefening. Ondertussen zijn wij weer enkele maanden verder.

Mevrouw de minister, is de uitkomst in dat dossier intussen gekend? Wordt, meer bepaald, de terugbetaling van dat middel een feit?

29.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Van Camp, ik had u geantwoord dat de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen door het vele werk voor de begroting dat dossier nog niet had opgestart. Dat heeft de commissie ondertussen gelukkig wel gedaan, gelukkig, want er vinden al nieuwe begrotingsbesprekingen plaats. De werkzaamheden omtrent de evaluatie van procarbazine in Hoofdstuk 4 bis werden opgestart. Ik wacht ter zake op het advies van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen.

29.03 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dan wacht ik daar samen met u op.

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

30 Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de toekomst van het FAGG" (nr. 19981)

30 Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'avenir de l'AFMPS" (n° 19981)

30.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, het FAGG regelt de toegang tot geneesmiddelen bij ons. Er is blijkbaar sinds een paar jaar een zero-based-budgetingsoefening opgestart met het oog op een accuratere vergoeding van het agentschap, meer volgens werklast per dossier. Die oefening zou inmiddels afgerond zijn. Indien dat zo is, kunt u ons iets vertellen over de resultaten daarvan?

Ik vraag me namelijk af welke stakeholders of stakeholdergroepen er momenteel op welke manier wat precies bijdragen, en of de bewuste oefening er iets aan zal veranderen, en zo ja wanneer. Er wordt mij gezegd door mensen die betrokken zijn bij de oefening, dat de uitgaven jaar na jaar toenemen. Ik had begrepen dat het budget bij een zero-based-budgetingsoefening gelijk zou gehouden worden of zelfs zou verminderen. Klopt het dat dit niet het geval is? Over welke bedragen gaat het dan precies?

Men zou kunnen verwachten dat de kosten stijgen als ook het aantal dossiers zou toenemen. Van op het terrein hoor ik dat dit helemaal niet het geval zou zijn. Integendeel, het aantal dossiers, zoals nieuwe handelsvergunningen, zou net dalen. Klopt dit? Hoe kan dat want de kosten stijgen immers.

In deze context wil ik dan ook polsen naar uw bredere visie op de toekomst van het FAGG. Als het klopt dat het aantal dossiers stagneert of daalt, maar de kosten stijgen, is het misschien wel nodig om de visie hierop te herbekijken. Welke richting gaat het agentschap idealiter voor u als minister uit? Hoe wilt u dit verwezenlijken en wanneer?

30.02 Minister **Maggie De Block**: Het FAGG heeft een zero-based-budgeting oefening uitgevoerd die ook aan de basis lag van de ingediende begroting 2018. Deze zero-based-budgeting oefening berust op het fee-for-service principe. Dat wil zeggen dat wie het voordeel geniet van de door het FAGG geleverde dienst er ook de kosten van draagt. De stakeholdersgroepen die bijdragen tot de financiering van het agentschap zijn nog steeds dezelfde, met name de farmaceutische industrie in de ruime zin van het woord, de homeopathische industrie, de sector van de medische hulpmiddelen, de apothekers en de groothandelaars. De toepassing van de zero-based-budgeting methodologie zal wel tot verschuivingen leiden in de bijdragenlast tussen de verschillende sectoren.

De toepassing van zero-based-budgeting zal wel tot verschuivingen leiden in de bijdragenlast tussen de verschillende sectoren. Dat heeft een meer rechtvaardige verdeling tot gevolg van de bijdragen door de diverse stakeholdersgroepen, afhankelijk van de diensten die het FAGG hen levert. Er werd de vorige jaren geen stijgende trend vastgesteld in de uitgaven van het FAGG. Een verhoging van de begroting is doorgaans te wijten aan de uitbreiding of de uitdieping van de opdrachten van het agentschap. Ik denk bijvoorbeeld aan alle maatregelen die genomen werden naar aanleiding van de PIP-affaire in de sector van de medische hulpmiddelen, dus de borstimplantaten die schadelijk waren voor de gezondheid, of aan de implementatie van de *Clinical Trial Regulation*.

Wat uw tweede vraag betreft, er kan evenmin een eenduidige tendens worden vastgesteld over de laatste drie jaren. Er bestaan verschillende soorten aanvragen voor een vergunning voor het in de handel brengen, afhankelijk van de procedures die zij volgen, dat wil zeggen nationaal, decentraal, wederzijdse erkenning of centraal. Voor sommige types van dossiers wordt een stijging genoteerd en voor andere een daling. De inschatting van de kosten heeft slechts in de context van het project zero-based-budgeting plaatsgevonden met als doel het opstellen van de begroting voor 2018. Het FAGG kan op dit moment geen uitspraken doen over een mogelijke trend, daling dan wel stijging, in het bedrag van de kosten.

De identificatie van de inkomsten- en kostenstructuur in het kader van zero-based-budgeting was een eerste stap in een continu proces. De uiteindelijke doelstelling is om ook van het FAGG een performante en flexibele organisatie te maken. Gegeven dat het FAGG voor meer dan 80 % gefinancierd wordt door de private stakeholders is het ook een vraag van hen om transparantie te hebben en een centraal concept als zij spreken over de financiering van het FAGG. In dat opzicht werd door de consultants die de zero-based-budgeting oefening begeleiden een aantal verbetervoorstellen gedaan, die dan ook op korte termijn zullen worden geïmplementeerd.

Ik wens hierin nog verder te gaan en eveneens een *business process re-engineering* te laten uitvoeren binnen het FAGG, namelijk hoe de realisaties van de output van het FAGG aan efficiëntie kunnen winnen. Er zal hiervoor binnenkort opdracht worden gegeven aan het management van het FAGG. Bovendien wens ik de ervaring uit deze oefening mee te nemen bij de evaluatie van het beheer van de andere instellingen waarvoor ik bevoegd ben.

30.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Dank u.

Ik zal de exacte cijfers opvragen middels een schriftelijke vraag.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

31 **Vraag van juffrouw Yoleen Van Camp aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de dentale CBCT-scan" (nr. 19982)**

31 **Question de Mlle Yoleen Van Camp à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "la**

TVFC dentaire" (n° 19982)

31.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, dentale CBCT is een nieuwe radiologisch-tandheelkundige techniek. Deze techniek kan worden toegepast door tandartsen of radiologen. Maar, als ik goed geïnformeerd ben, geldt er voor beide groepen wel een apart nomenclatuurnummer, terwijl het wel over exact dezelfde scan gaat. Ook het toepassingsgebied is uiteenlopend. Voor tandartsen is een en ander beperkt tot 70-plussers met een bestaande tandprothese waarbij de verankering herzien moet worden. Bij de radiologen daarentegen is het veel uitgebreider.

Waarom is er een apart nomenclatuurnummer voor radiologen en tandartsen, terwijl het om exact dezelfde scan en handeling gaat?

Waarom is er een andere indicatiestelling bij tandartsen? Meer specifiek, waarom is de indicatiestelling bij tandartsen zo ingeperkt? Ik heb een aantal voorbeelden waarvan mij lijkt dat een tandarts zo'n CBCT zou kunnen toepassen, bijvoorbeeld een goedaardige cyste, ingesloten hoektanden of de preoperatieve plaatsing van tandimplantaten.

Ten slotte, de beslissing werd blijkbaar genomen in de medisch-technische raad van juli 2016. Werd daarbij advies ingewonnen van de tandartsen en van de radiologen en hoe luidde het advies van beide beroepsgroepen daaromtrent?

31.02 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Van Camp, ik moet u teleurstellen.

Uw vraag is gisterenmorgen toegekomen, samen met uw zes andere vragen. Wij hebben bij de diensten van het RIZIV een antwoord gevraagd, maar wij hebben dat nog niet gekregen. Het is ook mogelijk dat het aan vakantie te wijten is. Immers, het is niet omdat wij in de politiek voortwerken, dat de personeelsleden van de administratie geen vakantiedagen zouden mogen nemen.

Ik stel voor dat wij u het antwoord schriftelijk nazenden.

31.03 **Yoleen Van Camp** (N-VA): Mevrouw de minister, bedankt.

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

La **présidente**: La question n° 19983 de Mme Fonck est transformée en question écrite.

32 **Question de Mme Muriel Gerkens à la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique sur "l'annulation de l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes des programmes de soins en pédiatrie" (n° 19928)**

32 **Vraag van mevrouw Muriel Gerkens aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid over "de vernietiging van het koninklijk besluit van 2 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden" (nr. 19928)**

32.01 **Muriel Gerkens** (Ecolo-Groen): Madame la ministre, j'ai déposé cette question afin de comprendre les raisons de l'annulation par le Conseil d'État le 8 décembre 2016 de l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé. Entre-temps, je suis allée lire cet arrêt. Il en ressort que cette décision a été prise à cause de la réorganisation des compétences. Différents aspects d'ordre technique ne sont pas simples à comprendre.

Quelles en sont les conséquences? Quelles suites allez-vous donner à cette annulation?

Les intéressés craignent que, lors de la formation des réseaux hospitaliers, les secteurs maternité, pédiatrique et M ne fassent pas partie d'une même discussion. Les réseaux interhospitaliers redoutent de se retrouver sans section pédiatrique. L'arrêté royal indiquait que le service M faisait partie d'un hôpital disposant d'un programme de soins agréé pour enfants et d'une fonction agréée de soins néonataux locaux. Qu'advient-il de cet objectif à présent que ce texte a été annulé?

Enfin, des inquiétudes sont soulevées quant à la qualité des soins, étant donné que l'arrêté prévoyait des normes d'encadrement dans les services d'urgence et de soins intensifs avec différents niveaux de gestion.

32.02 Maggie De Block, ministre: Madame Gerkena, le Conseil d'État fait remarquer que l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers signale la nécessité d'élaborer des normes d'agrément spécifiques pour la fonction relative aux soins pédiatriques intensifs.

Les dispositions de l'arrêté royal annulé qui ont trait à l'unité de soins pédiatriques intensifs n'ont pas été soumises à l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers devenu, aujourd'hui, le Conseil fédéral des établissements hospitaliers.

Le Conseil d'État a estimé que le fait de ne pas soumettre ces dispositions à l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers constitue un élément substantiel et a, sur cette base, prononcé l'annulation.

J'ai pris connaissance de l'arrêt du Conseil d'État et j'en ai examiné les conséquences. Mais, entre-temps, la sixième réforme de l'État est intervenue. Ce faisant, en tant que ministre fédérale de la Santé publique, je ne suis plus compétente pour prendre un nouvel arrêté royal.

La compétence de fixer des normes d'agrément pour des programmes de soins en milieu hospitalier ayant été transférée aux Communautés dans le cadre de la réforme précitée, il incombe aux autorités communautaires et non à l'autorité fédérale de prendre des mesures afin de donner suite à l'arrêté d'annulation.

J'avoue que la situation est compliquée.

32.03 Muriel Gerkena (Ecolo-Groen): C'est ce que je me disais aussi pour avoir examiné les textes. Néanmoins, les craintes qu'ils expriment en lien avec la réorganisation des réseaux hospitaliers et la prise en compte ou non des dimensions pédiatriques dans ces réseaux restent quelque chose d'important qui est lié à la réforme que vous allez mener. Je me permets, madame la ministre, via cette question, de relayer cette nécessité de prendre cela en compte dans la réforme, et ce, forcément en lien avec les entités fédérées et leurs compétences de programmation.

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

La **présidente**: Madame la ministre, nous avons traité toutes les questions. Notre commission a parfois été stigmatisée pour le temps trop important réservé aux questions/réponses. Nous sommes toutefois arrivés au bout de l'agenda. On ne peut donc plus rien nous reprocher.

La réunion publique de commission est levée à 17.51 heures.
De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.51 uur.