

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 19 JUILLET 2022

DINSDAG 19 JULI 2022

Matin

Voormiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 11 h 30 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 11.30 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ik zal eerst antwoorden op twee belangrijke punten die u aangeeft. Het sociaal overleg is natuurlijk

fundamenteel. Toen wij een aantal weken geleden echt de laatste loodjes hebben gelegd van het grote sociaal akkoord van ondertussen twee jaar geleden door de invulling van de laatste 100 miljoen euro – eindelijk, het overleg kost soms veel tijd – heb ik de sociale partners van de federale zorgsectoren uitgenodigd, omdat wij echt een agenda moeten maken voor werken in de zorg in de toekomst.

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

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

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

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

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

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

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

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

Mijnheer de voorzitter, ik zal de nota in de twee talen naar iedereen laten rondsturen. Dat is inderdaad een catalogus van maatregelen. Ik ben daar niet euforisch over, maar ik vind het wel hoognodig. Ik vind dat we aan de mensen die vervroegd met pensioen zijn gegaan, mogen zeggen dat we iedereen mobiliseren om, desnoods voor een paar uur, te komen helpen in vaccinatiecentra, huisartsenpraktijken, welzijnsinstellingen,

rusthuizen, woon-zorgcentra, ziekenhuizen en wijkgezondheidscentra. Dat is gewoon goed. Dat is inderdaad geen structureel antwoord, maar het is gewoon goed en nodig en ik pleit ervoor dat we dit nu doen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

nouvelle offre qui, sans aucun doute, aura aussi, le cas échéant, un impact sur le besoin de lits palliatifs en hôpital.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

03.01 Catherine Fonck (Les Engagés): *Monsieur le Ministre, les pharmaciens m'interpellent sur l'évolution de la formation des assistants en pharmacie. Certains ont suivi 3 ans de formation pharma après le diplôme de secondaire et d'autres ont suivi une formation soit via le Forem soit dans l'enseignement secondaire.*

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

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

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

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

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

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

03.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Vous affirmez que le processus est en cours avec les entités fédérées. Les discussions sont-elles effectivement entamées ou non? Quel en est le calendrier? J'entends ce que vous dites. Ok, ça date de 1997. C'est vrai que la problématique est plus large.

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

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

03.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je n'ai pas les données relatives au calendrier sur moi et je ne le

connais pas par cœur. Je ne peux pas m'avancer. Mme Schellens pourra interroger mon administration à ce sujet et m'envoyer un mémo. Au cas où je recevrais une réponse satisfaisante, je vous l'enverrais directement.

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

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

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

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

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

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

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

Une évolution et une réorganisation des soins sont en cours dans la majorité des réseaux. L'objectif, dans les réseaux, est que chaque site hospitalier ne continue pas à faire tout. Comme ils sont répartis sur l'ensemble de la zone géographique, une filière – je pense par exemple à la filière mère-enfant ou à la filière oncologie – peut être proposée sur un seul site au sein d'un réseau. Ce site peut être un peu plus excentré, ne pas être central dans le territoire géographique concerné. Dès lors, par exemple dans une région rurale ou semi-rurale, les distances peuvent être nettement plus importantes.

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

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

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

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

En outre, j'ai proposé d'inscrire dans cet arrêté royal un critère de proximité parce que je crois que les réseaux doivent pouvoir se penser en termes de proximité, avec des soins de proximité là où c'est possible, avec des soins centralisés quand les soins de proximité ne sont pas possibles ou pas indiqués. Un critère de proximité pour les missions de soins locorégionales me semblait donc utile. Mais cela fait évidemment l'objet

d'un débat. Dans ce cadre, il faut pouvoir faire preuve de différenciation, avec des éléments de déviation et d'exception qui peuvent être introduits. Il faut également flexibiliser la notion. Selon moi, c'est sur ces points que le débat doit porter. Mon intention n'est nullement de devancer la prise de décision politique, mais c'est à ce niveau qu'il faut trouver un juste équilibre.

04.03 Catherine Fonck (Les Engagés): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse. Je peux entendre le critère de proximité, qui est important pour l'accessibilité physique, pour les patients, sur le niveau local-régional. Mais on a travaillé à l'envers en Belgique: on a d'abord imposé la constitution des réseaux, sans règles, sans expliquer pourquoi. Il aurait été plus intelligent de commencer par dire quels étaient les objectifs de ces réseaux à court et à long termes, quelles seraient les règles, les modes de financement, les types de réorganisation, et puis de constituer les réseaux. Mais le politique a commencé par demander de créer des réseaux, de la manière qu'on voulait, et puis maintenant il impose des règles.

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

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

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

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

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

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

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

L'incident est clos.
Het incident is gesloten.

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

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

05.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u bent van logistieke partner veranderd. Normaal gezien liep het contract met Medista voor de verdeling nog tot 2025, maar u bent overgestapt naar Movianto

en Raes. Daar is nogal wat ophef over. Medista heeft intussen bij de Raad van State een schorsingsberoep ingediend. Men verwijt de FOD Volksgezondheid onfrisse praktijken en vraagt de opschorting. Men klaagt ook aan dat de overheid de wettelijke opzegtermijn van een jaar niet heeft gerespecteerd.

Kunt u wat meer licht werpen op die beslissing?

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

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

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

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

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

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

Er loopt dus een aanbesteding voor een logistieke partner voor de bewaring en verdeling van vaccins. Ik denk dat alle stappen daarin correct gezet zijn. Dat is ook volstrekt publieke informatie, daar is niks geheim aan. Als daar echter een klacht tegen wordt ingediend, dan moeten we afwachten wat de aangesproken instantie, in dit geval de Raad van State, daarover zegt.

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

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

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

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

06 Questions jointes de

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

- **Patrick Prévot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la variole du singe" (55029578C)

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

06 Samengevoegde vragen van

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

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

Vous mettiez à l'époque en avant la nécessité d'une bonne communication, suivant ainsi les recommandations de l'OMS. Au sujet des vaccins, vous répondiez que notre pays avait commandé sa quote-part à l'échelle européenne, soit 3 000 doses à utiliser de manière prophylactique dans le cas, par exemple, de membres du personnel soignant qui auraient été confrontés à une situation de contact à haut risque avec un patient.

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

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

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

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

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: (...)

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

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

Actuellement, sur la base des avis du Conseil Supérieur de la Santé et du Risk Management Group, on est très sélectif dans l'usage des vaccins dont on dispose. Ils sont administrés à des personnes qui ont eu des contacts à très haut risque avec des patients infectés par la variole du singe et qui remplissent les conditions actuelles pour pouvoir être vaccinées. Il s'agit notamment des partenaires sexuels et des personnes ayant eu un contact peau à peau prolongé alors que le patient présentait une éruption cutanée. Les personnes qui font partie du même foyer ou qui ont soigné une personne malade pendant qu'elle était symptomatique, par exemple, y ont également droit.

Le personnel soignant qui a eu un contact occasionnel avec un patient sans porter l'équipement de

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

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

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

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

J'espère ainsi avoir répondu à vos questions.

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

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

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

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

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

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

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

Er is echter nog een groter probleem, namelijk het gebrek aan opleidingscentra voor orthodontisten. De beroepsgroep is al langer vragende partij voor een toename van het aantal opleidingsplaatsen, maar

momenteel zijn daar onvoldoende middelen voor. Jean-Louis Hanssens, de voorzitter van de beroepsvereniging, heeft voorgesteld om mondhygiënist een korte masteropleiding orthodontie te laten volgen, maar tot op heden is daarvoor nog geen toelating gegeven. Als er op korte tijd geen maatregelen worden genomen, zullen de lange wachttijden in de orthodontie nog tien jaar blijven aanslepen.

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

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

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

De professionele beroepsorganisaties wordt verzocht een voorstel tot hervorming van de nomenclatuur voor orthodontie uit te werken. Dat voorstel zal vervolgens geanalyseerd worden door de Technisch Tandheelkundige Raad en de Nationale Commissie Tandheelkundigen-Ziekenfondsen en zal, afhankelijk van de beschikbare budgettaire middelen, uitgevoerd worden.

Een dergelijke hervorming zal zeker tijd vragen gezien de complexiteit van de nomenclatuur voor orthodontie. Het is momenteel nog te vroeg om aan te geven wat de conclusies zullen zijn en welke wijzigingen in de nomenclatuur zullen worden aangebracht.

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

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

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

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

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

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

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.24 uur.
La réunion publique de commission est levée à 12 h 24.*