

COMMISSION DE LA SANTE ET
DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID
EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 14 JUILLET 2020

DINSDAG 14 JULI 2020

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 13 h 40 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 13.40 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

01 Vraag van Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Ketamine" (55002820C)

01 Question de Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La kétamine" (55002820C)

01.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ketamine is een op dit moment vaak gebruikte recreatieve drug. Ik was dan ook zeer verbaasd toen ik door het intikken van het woord ketamine op de website ketamine.nu terecht kwam, waar ketamine open en bloot kan worden aangekocht, dus niet op het darkweb, maar heel rechtstreeks. Een kind kan bij wijze van spreken op deze website terecht komen. Bent u daarvan op de hoogte?

Ook frappant is de toegankelijkheid van de site, met aanbiedingen, thuislevering en semiprofessionele en semiwetenschappelijke gebruiksaanwijzingen waardoor mensen die ketamine zouden willen gebruiken echt op het verkeerde spoor terecht komen. Kan u stappen ondernemen in het kader van de algemene volksgezondheid? Kan u die website verbieden?

Het is geweten dat de combinatie van ketamine en alcohol levensgevaarlijk is. We vernemen van de spoeddiensten dat er steeds vaker mensen worden opgenomen die een combinatie van middelen, waaronder ketamine en alcohol, hebben ingenomen. Bent u daarvan op de hoogte? Kan u daar iets aan doen?

01.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, in België is het enkel toegestaan om niet-voorschriftplichtige geneesmiddelen online te verkopen via een bij het FAGG aangemelde website die bovendien verbonden dient te zijn aan een fysieke apotheek.

Ketamine is, zoals u wel weet, een voorschriftplichtig geneesmiddel en bovendien een psychotrope substantie. Daardoor is het online aanbieden in België ondubbelzinnig verboden. Illegale websites die worden gehost op een Belgisch domein kunnen worden afgesloten.

Hetzelfde geldt voor websites die vallen onder de bevoegdheid van andere Europese lidstaten in het kader van de samenwerking met de overheidsdiensten van deze lidstaten. Websites gehost buiten de Europese Unie ontsnappen echter volledig aan deze regelingen, dus ook aan onze bevoegdheden.

Dergelijke websites kunnen niet afgesloten worden, maar kunnen in theorie bij de Belgische internetproviders worden afgeblokt. Dat is echter een omslachtige en dure procedure die niet productief blijkt te zijn. Deze maatregel kan vrij eenvoudig worden omzeild. Bovendien is het zeer eenvoudig om een illegaal aanbod via nieuwe websites in stand te houden.

Het laatste Europese drugrapport van het European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction en Europol beschrijft duidelijk aanwijzingen voor drugverkoop op zowel de cryptomarkt, het zogenaamde darknet, als op het reguliere internet. Dat is eigenlijk een logisch gevolg van de ontwikkelingen van de afgelopen jaren in de manier waarop in onze samenleving naast sociaal ook commercieel wordt gecommuniceerd.

Het Reitox National Focal Point van Sciensano noteerde in de afgelopen jaren een stijging van het gebruik van ketamine als recreatief roesmiddel in het uitgangsmilieu. In België hebben we nog geen systematisch en realtime registratiesysteem voor de gegevens over middelengebruik en gerelateerde incidenten op de spoeddiensten.

Twee spoeddiensten namen in Vlaanderen in de afgelopen jaren wel deel aan een Europees pilootproject (Euro-DEN) om degelijke informatie te verzamelen, gebaseerd op zelfrapportage van de patiënt in combinatie met de klinische interpretatie van de behandelend arts, alsook de analytische bevestiging van relatief relevant middelengebruik.

In een recent rapport van het pilootproject wordt ketamine vermeld als een van de twintig meest relevante substanties waarvoor gebruikers zich op spoeddiensten aanmelden en dit tussen 2014 en 2017.

Een andere bron waarop we ons ook kunnen baseren om het problematisch gebruik van ketamine te monitoren, is het Belgische register van behandelingsaanvragen voor illegale middelen en alcohol, de Treatment Demand Indicator van Sciensano. Dit register verzamelt gegevens in de meeste Belgische ziekenhuizen, maar ook in gespecialiseerde centra en centra voor geestelijke gezondheidszorg. Deze cijfers geven een deel van alle behandelingen weer omdat dit register geen informatie bevat over cliënten die worden opgevolgd door huisartsen, psychologen of psychiaters in een private praktijk of in de gevangenissen. Het is daarom geen complete database maar het geeft toch de best mogelijke indicatie van de ontwikkelingen en kenmerken van de behandelingsverzoeken in de centra weer.

In 2018, het laatst beschikbare jaar, werden 497 behandelingsaanvragen met ketamine als vermelde problematische stof geregistreerd. Dat was toen 1,69 % van het totaal. Het aantal is wel sterk toegenomen tussen 2015, met nog maar 195 gevallen, en 2017 met 439 gevallen. De behandelingsaanvragen waarbij ketamine werd vermeld als voornaamste problematische substantie betrof in 2018 in 85 % van de gevallen mannen met een gemiddelde leeftijd van 24,5 jaar, dus redelijk jonge mensen.

01.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Uw antwoord bevestigt de problematiek rond ketamine, die in de uitgaansbuurten echt wel hip is op dit moment en *special K* genoemd wordt. Die hippe naam werkt ook drempelverlagend. Ik maak mij vooral zorgen over de snelle toegankelijkheid. Het blokkeren van die website kan wel veel werk vragen en een website kan snel opnieuw opgericht worden, maar daar moet echt wel op ingezet worden. Ook het zogenaamd wetenschappelijk profiel van die websites geeft de gebruikers een vals gevoel van veiligheid. In de afkickcentra is dat bijna altijd het eerste dat gehoord wordt: "Ik weet wel wat ik doe, want ik heb nagegaan hoeveel ik mag gebruiken om de zoveel uur en wat ik ermee moet doen." Dat is nu net het probleem bij die jongere generatie die die substanties gebruikt en er uiteindelijk afhankelijk van wordt en soms begint te combineren, wat een grotere problematiek met zich meebrengt.

Er moet absoluut ingezet worden op de registratie. Meten is weten. We hebben de discussie gehad rond lachgas, waar ook in eerste instantie werd gesteld dat de problematiek niet zo groot was, terwijl andere studies uitwijzen dat die wel vrij groot is. Ook voor ketamine is dit van toepassing. Ik wil oproepen dat er wordt geregistreerd, zodat behandelingen op een correcte manier kunnen worden aangepakt.

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

02 Samengevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Recip-e" (55002945C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De crash van het eHealth- en het Recip-e-systeem" (55002946C)
- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het nieuwe technische probleem met het eHealthplatform" (55003048C)
- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De aanhoudende problemen met het eHealthplatform" (55003163C)

02 Questions jointes de

- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Recip-e" (55002945C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur

"L'indisponibilité des systèmes eHealth et Recip-e" (55002946C)

- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La nouvelle panne de la plateforme eHealth" (55003048C)

- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les problèmes récurrents rencontrés par la plateforme eHealth" (55003163C)

02.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijn vraag nr. 55002945C is per vergissing in het circuit van de mondelinge vragen terechtgekomen, want ik vroeg daar naar een aantal cijfers. Deze vraag mag als dusdanig in het schriftelijk verslag worden opgenomen.

Kan u volgende cijfers bezorgen: - Het aantal elektronische voorschriften (recip-e) dat uitgeschreven werd in de loop van 2019 door huisartsen - Het aantal "klassieke" voorschriften dat werd uitgeschreven door huisartsen in de loop van 2019 - Het aantal elektronische voorschriften dat in de loop van 2019 werd uitgeschreven door artsen-specialisten in de ambulante zorg - Het aantal klassieke voorschriften dat in de loop van 2019 werd uitgeschreven door artsen-specialisten in de ambulante zorg - Het aantal elektronische voorschriften dat werd uitgeschreven door tandartsen in de loop van 2019 - Het aantal klassieke voorschriften dat werd uitgeschreven door tandartsen in de loop van 2019 - Het aantal elektronische voorschriften dat werd uitgeschreven door vroedvrouwen in de loop van 2019 - Het aantal klassieke voorschriften dat werd uitgeschreven door vroedvrouwen in de loop van 2019.

Mevrouw de minister, de volgende vraag heeft betrekking op de crash van het eHealth-systeem en dateert al van eind januari. Er was toen een grote crash van het systeem en de dag nadien, op 28 januari, waren er problemen met het Recip-e-systeem voor de elektronische voorschriften. Dat gebeurde net voor de elektronische voorschriften verplicht werden gemaakt voor de ambulante praktijk en was dus wel degelijk problematisch.

Ik heb hier enkele vragen over.

Wat was de oorzaak van deze crash van het eHealth-systeem? Hoeveel zorgverstrekkers waren er daarbij betrokken en om welke soorten zorgverstrekkers ging het daarbij? Hoeveel meldingen waren er van medische behandelingen die hierdoor in het gedrang zijn gekomen? Om welke behandelingen ging het? Hoeveel klachten zijn er binnengekomen? Wat was de oorzaak van de Recip-e-crash van 28 januari? Was die gerelateerd aan de problemen van de dag voordien? Welke veiligheidsmaatregelen bestonden er om de uitval bij IT-problemen op te vangen? Zijn er sindsdien bijkomende maatregelen genomen? Zo ja, welke? Heeft de crash al dan niet te maken met de overschakeling van de zorgverstrekkers naar het nieuwe voorschriftformaat?

02.02 **Catherine Fonck** (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, cela fait effectivement longtemps que nous n'avons pu vous poser de question.

Au mois de janvier, une méga-panne est intervenue. Ce n'était pas un coup de tonnerre dans un ciel serein, puisque des pannes se produisaient de façon répétée. Cela ne datait pas de 2020, ni de 2019.

Suite à cette panne, l'administrateur général de la plate-forme a répondu que les procédures électroniques d'urgence n'avaient pas pu assurer un maintien complet des fonctionnalités et qu'il allait se réunir rapidement avec les partenaires techniques de la plate-forme pour envisager des améliorations.

Certes. J'ai relu ce que vous m'aviez répondu en septembre 2018. À l'époque, je vous avais déjà interpellée sur des pannes répétées de la plate-forme, et vous aviez indiqué mettre en place toute une structure pour travailler justement à l'amélioration de la réalité opérationnelle de la plate-forme.

En ce début d'année, plusieurs interlocuteurs du terrain, malgré les différentes mises en garde qu'ils vous avaient de nouveau adressées, vous ont réécrit au mois de février pour appeler à un réel changement en concertation avec le terrain.

Depuis lors, et en plein COVID-19, des problèmes ont encore été rencontrés. Des médecins généralistes m'ont fait part de pannes dans la plate-forme eHealth, à des moments particulièrement éprouvants pour eux.

Madame la ministre, je voudrais que nous puissions faire le point aujourd'hui. Qu'en est-il de l'évolution de ces derniers mois? Les nouvelles dispositions pour modifier le système annoncées en janvier, comme

d'ailleurs déjà deux années auparavant, vont-elles aboutir à une amélioration certaine, voire même absolue?

L'État et vous, en l'occurrence, imposez des obligations aux acteurs de terrain. Le moins que l'on puisse attendre des autorités de la Santé, c'est qu'elles garantissent l'efficacité du système.

Madame la ministre, même si cette question arrive tard après cette méga-panne de janvier, je voudrais que nous fassions le point, surtout pour voir si oui ou non, vous et les services avez entre-temps veillé à rendre le système parfaitement opérationnel.

02.03 **Hervé Rigot (PS):** *Les médecins généralistes ont à nouveau dû faire face à un crash total du système de santé en ligne eHealth, la plate-forme électronique d'échange de données médicales. Une situation qui, selon les médecins généralistes, arriverait au minimum une fois par mois, occasionnant ainsi de nombreux problèmes, notamment en matière de délivrance de prescriptions. L'association flamande des médecins généralistes Domus Medica est par ailleurs plus virulente en mettant en cause le gouvernement et citant la "négligence coupable du gouvernement qui met directement en danger la santé du citoyen et tue potentiellement les patients".*

Madame la Ministre, je suppose que l'INAMI travaille sur la stabilité du système pour que les médecins puissent l'utiliser plus aisément. Quelles améliorations sont-elles envisagées afin que la plateforme eHealth soit stable à 100%?

Pour quelles raisons les procédures électroniques d'urgence n'ont-elles pas pu assurer un maintien complet des fonctionnalités de la plate-forme?

Quelles autres solutions peuvent-elles être développées afin que tous les patients puissent obtenir une ordonnance en bonne et due forme?

Les médecins généralistes ont-ils un accès privilégié à un service helpdesk qui peut également suivre leurs propositions d'amélioration de fonctionnement?

02.04 **Minister Maggie De Block:** *Mevrouw Gijbels, uw vragen gaan vooral over het aantal medicatievoorschriften in 2019. Wat de klassieke papieren voorschriften betreft, kan ik natuurlijk geen cijfers geven, die worden niet door alle tarificatiediensten bijgehouden. Bovendien worden niet alle aanbiedingen van papieren voorschriften via de gevraagde en gewenste elektronische registratie vastgelegd.*

Voor de elektronische voorschriften is het natuurlijk gemakkelijker. Ongeveer 56 % van de aangeboden voorschriften was elektronisch en dit percentage stijgt nog maandelijks. Voor deze voorschriften kunnen we wel exacte cijfers geven, want de telling gebeurt automatisch bij de registratieverwerking van de voorschriften door Recip-e. Voor 2019 heb ik de geaggregeerde cijfers, niet per voorschrijver. Er werden 47.115.209 elektronische voorschriften uitgeschreven door huisartsen, 2.790.725 door ambulante specialisten en 531.972 door tandartsen. Door de ziekenhuisspecialisten, ook ambulant, werden er 11.000.000 uitgeschreven. Er werden ook 506 elektronische voorschriften uitgeschreven door vroedvrouwen. Het totale aantal elektronische voorschriften voor 2019 bedraagt 62.146.837.

Het totale aantal papieren voorschriften wordt geschat op 50 miljoen. Dat is berekend op basis van het totale aantal verwerkte tarificaties van via Recip-e aangeboden voorschriften en dan geëxtrapoleerd op basis van het gegeven.

In januari 2020 hebben 78,1 % van de actieve huisartsen elektronische voorschriften gebruikt, net als 48,1 % van alle actieve tandartsen. Voor specialisten en vroedvrouwen is dit moeilijk te berekenen omdat er ook ziekenhuissettings zijn.

J'ai ici une longue explication technique sur les causes exactes de la panne de la plate-forme eHealth ainsi que sur la manière dont cette panne a été résolue. Il en va de même pour le crash survenu le lendemain chez Proximus.

Les plans de continuité de l'activité ont été mis au point dans l'intervalle, et c'est là ce qui compte réellement. En fonction du type de problème, certaines parties du processus peuvent être contournées, ce qui désactive des fonctionnalités telles que l'horodatage de tous les échanges de messages.

Enfin, il existe des procédures dites "d'urgence", qui permettent de se rabattre sur certaines actions manuelles.

Pour la prescription de médicaments, on peut effectivement recourir aux prescriptions sur papier, mais des procédures d'urgence ont été définies pour tous les processus. Ces procédures peuvent être consultées sur la plate-forme eHealth ainsi que sur le site de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI).

In het eGezondheidsplan 2019-2021 zijn verschillende projecten rond Operational Excellence opgestart. Zo is er het project "Kwaliteit van gezondheidssystemen" voor de huisartsensystemen; er zijn evaluatietests uitgewerkt en toegepast. Ook voor de tandartsen, thuisverpleegkundigen en kinesisten zijn er plannen opgesteld die worden uitgevoerd.

Wat het project "Testomgevingen" betreft, is een eerste project van testen van eHealth-basisdiensten voor Mobile Health-toepassingen inmiddels actief. Daar zijn veel uitbreidingen noodzakelijk. De projecten "Service-level Agreement" en "Service Management" zijn intensief aangepakt. Bij de systemen die door de eHealth-platformen via Smarts worden opgeleverd, zien we een grote verbetering en veel minder uitval.

Het project BCP is vlot aangepakt, uiteraard na de problemen die in de zomer van 2018 waren opgedoken.

Er zijn kinderziekten, maar zoals u ziet, hebben we telkens hard gewerkt om die te verhelpen. De digitale transformatie in de gezondheidszorg is en blijft de enige weg om bepaalde zorgprocessen veel doelmatiger en efficiënter te organiseren.

02.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mevrouw de minister, de cijfers over het aantal elektronische voorschriften zal ik nader bekijken. Het is uitermate belangrijk om voldoende aandacht te besteden aan eHealth en de crashes. De coronacrisis heeft getoond dat digitale toepassingen de weg van de toekomst zijn. Het heeft ervoor gezorgd dat heel wat zorgverstrekkers er meer vertrouwen in hebben gekregen. Nu is het zaak om dat vertrouwen te behouden en ervoor te zorgen dat de systemen betrouwbaar en veilig zijn. Ze leveren niet alleen een grotere efficiëntie op in behandelprocedures, maar ze vergemakkelijken ook de administratie en zijn kostenefficiënt. Op die weg moeten we absoluut verder. Een voorwaarde is wel dat de systemen 100 % betrouwbaar zijn en dat ze artsen en andere zorgverstrekkers echt kunnen overtuigen.

02.06 Catherine Fonck (cdH): Madame la ministre, je ne doute pas que des initiatives aient été prises.

Vous nous rappelez qu'en cas de problème, une procédure d'urgence est prévue. Néanmoins, les patients et les professionnels de la santé en subissent les conséquences.

J'attendais que vous vous engagiez à garantir la fiabilité à 99,9 %, car on ne peut pas maintenir un système qui tombe régulièrement en panne. Nous verrons si les actes seront accomplis efficacement en fonction de la réalité de terrain.

Je ne manquerai pas de revenir vers vous, mais j'ose espérer que vous allez vous-même imposer cette garantie de fiabilité à la plate-forme eHealth. En tant qu'autorité publique, c'est ce que nous devons aux professionnels de la santé et aux patients.

02.07 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, tout a été dit par mes collègues.

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

03 Vraag van Yoleen Van Camp aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het tekort aan verpleegkundigen" (55002980C)

03 Question de Yoleen Van Camp à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La pénurie d'infirmiers" (55002980C)

03.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, het tekort aan verpleegkundigen komt als onderwerp ook aan bod in het later vandaag geagendeerd actuadebat. In de mate dat er nu al een antwoord verschaft wordt, kan ik mij straks in het debat beperken. Mijn vraag ligt volledig in de lijn van het debat en ik denk dan ook dat er een update kan worden gegeven.

Wij vragen al veel langer, eigenlijk al gedurende de zes jaar dat ik Kamerlid ben, om een oplossing te bieden voor het tekort aan verpleegkundigen, zeker in de instellingen. De studie van professor Sermeus was ons al bekend. De aanleiding voor mijn mondelinge vraag is een KCE-rapport dat de cijfers van het aantal

verpleegkundigen aan het bed in de instellingen bevestigt. In de studie van professor Sermeus is er sprake van een gemiddelde van 10,7 patiënten per verpleegkundige, waarvan zowat 80 % is gefinancierd, waardoor het in de praktijk om een dertiental patiënten per verpleegkundige gaat. In het KCE-rapport wordt het cijfer van 9,4 patiënten per verpleegkundige vernoemd, wat nog boven de internationale norm van 8 ligt. Daarmee bevinden wij ons in dezelfde regionen als landen als Spanje en Griekenland en bedraagt de werklast hier zowat het dubbele van in de Scandinavische landen, die veel meer inzetten op handen aan het bed.

Uit de studies weten wij dat een dergelijke te hoge werklast bij het zorgpersoneel gelinkt is aan een hogere mortaliteit. Elke patiënt extra betekent 7 % meer kans op een onverwacht overlijden en verhoogt ook de kans op een burn-out. Wij moeten ons zorgpersoneel echt koesteren.

Als ik mijn vraag actualiseer, dan wil ik u zeker proficiat wensen voor de middelen die u hebt vrijgemaakt voor de zorgsector. Voor de thuisverpleging hebt u eerder al stappen gezet door een tegemoetkoming naar aanleiding van de COVID-pandemie. Nu hebt u ook structureel middelen vrijgemaakt voor de zorgsector. Dat is echt een hart onder de riem van de sector en het zal ook een structurele verbetering betekenen.

In de plenaire vergadering hebt u al gezegd dat u de modaliteiten nog volop uitwerkt. Daarom wil ik u vragen of u al kunt aangeven welke richting dat politiek gezien uitgaat. Ik verwijs naar de resolutie van onze N-VA-fractie in dat verband, waarin wij vragen om de werkomstandigheden van het zorgpersoneel te verbeteren. Er moet niet alleen werk worden gemaakt van een betere normbestaffing, dus echt meer handen aan het bed, maar ook voor de zelfstandige thuisverpleging moeten de honoraria structureel worden aangepast. Er moet ook werk worden gemaakt van een kadaster.

De **voorzitter**: Mevrouw Van Camp, u moet afsluiten.

03.02 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, mijn vraag is of u daarover alvast duidelijkheid kunt verschaffen. Worden de modaliteiten voor die twee sectoren op die manier uitgewerkt?

De **voorzitter**: Mevrouw Van Camp, uw vraag dateert van 30 januari. Intussen heeft er zich op dat vlak inderdaad veel afgespeeld.

03.03 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Camp, eerst en vooral heeft het Kenniscentrum een zeer goed rapport afgeleverd over de verpleegkundige bestaffing in de ziekenhuizen. We moeten dit rapport gebruiken als instrument om mee richting te geven aan het beleid voor de komende jaren. U weet dat verpleegkundigen een belangrijke rol spelen in de ziekenhuiszorg, dicht bij de patiënt, maar ook niet onbelangrijk zijn voor de artsen en andere zorgverleners. Gezien de groeiende zorgnood van de burgers, kunnen wij verwachten dat hun belang in de komende jaren nog zal groeien. Het is dus broodnodig om niet alleen financieel, maar ook organisatorisch en inhoudelijk te investeren in de aantrekkelijkheid van het beroep.

De vorige jaren werden daarin al meerdere stappen gezet. We hadden het sociaal akkoord uit 2017 voor het personeel van publieke en private federale gezondheidszorginstellingen, met name om ook de arbeidsomstandigheden te verbeteren, door bijvoorbeeld de invoering van eindeloopbaanmaatregelen, of om de werkgelegenheid in de diensten te vergroten of om de verloning te verbeteren. Dan was er ook de organisatorische ziekenhuishervorming, waardoor er meer wordt samengewerkt tussen de ziekenhuizen in de ziekenhuisnetwerken. Door die samenwerking en doordat elk ziekenhuis zich zal toelagen op welbepaalde activiteiten in het netwerk, zal er een vorm van specialisatie ontstaan waardoor er efficiënter en kwalitatiever kan worden gewerkt. Op die manier kunnen er middelen vrijkomen die opnieuw kunnen worden geïnvesteerd in de verpleegkundige zorg. Inhoudelijk is er de hervorming van de wet betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen. Daar werd voor een betere ondersteuning van de verpleegkundigen gezorgd. Er kunnen handelingen worden gedelegeerd aan een zorgkundige. Daarnaast werd de functie van verpleegkundig specialist gecreëerd, die de doorgroeimogelijkheden van de verpleegkundige verruimt.

Dat zijn heel wat stappen, maar we zijn er nog niet. Het rapport van het Kenniscentrum zegt dat er wel een verbetering is, maar dat we er inderdaad nog niet zijn. Bijkomende inspanningen van iedereen blijven nodig, niet alleen van de deelstaten en het federale niveau, maar ook van Welzijn, Onderwijs, de ziekenhuizen zelf, de beroepsorganisaties en nog andere.

We weten dat ondertussen in het Parlement via het Zorgpersoneelfonds werd voorzien in een grote som

voor meer handen aan het bed, wat ook deels voor de zelfstandige verpleegkundigen geldt. Dat geeft de mogelijkheid om meer zorgverleners aan te werven en meer mensen op te leiden tot verpleeg- of zorgkundige.

Op het sociaal overleg heb ik samen met minister van Werk Muylle en met minister van Budget Clarinval een sociaal akkoord gesloten. Daarin wordt 600 miljoen euro toegekend voor het zorgpersoneel en is gewerkt aan loonvoorwaarden, met 500 miljoen voor een 100 % inkanteling van IFIC. Er is ook nog 100 miljoen uitgetrokken voor andere maatregelen, onder andere om hoofdverpleegkundigen uit de norm te halen, zodat die niet meer meetellen. Zij hebben immers een coördinerende functie en leveren niet geen, maar toch weinig handen aan het bed.

Ik denk bijvoorbeeld ook aan vakantieregelingen, uurregelingen enzovoort. Dat alles zal nu allemaal moeten worden ingevuld door cao's of collectieve overeenkomsten, naargelang het een private of publieke sector is. Het sociaal overleg zal zich daar nu over buigen. Dat gaat in in januari 2021 en loopt door tot eind 2022. Natuurlijk wordt er dan getracht een nieuw sociaal akkoord voor de volgende jaren op te stellen waarop verder kan worden gebouwd. In deze legislatuur zijn belangrijke stappen gezet.

De grote uitdaging is het feit dat de vacatures moeten worden ingevuld. Daar heeft niemand echt een oplossing voor. We moeten mensen vinden die zich willen laten opleiden in de zorg en wij moeten jonge mensen motiveren. Ook moeten wij oog hebben voor de zijdelingse instroom, ik denk aan mensen die al een andere vorming hebben genoten, maar een bijkomende opleiding willen volgen. Verpleegsters die bijvoorbeeld al jaren op een verzekerings- of arbeidsgeneeskundige dienst werken, kunnen misschien ook de stap naar de zorg zetten. Dit geldt natuurlijk niet voor iedereen die om het even welk beroep uitoefent, daarvoor is het niveau van de opleiding te hoog. Daar zal het een uitdaging zijn om genoeg mensen te kunnen motiveren om in de zorg aan de slag te gaan en om de aantrekkelijkheid van het beroep te garanderen.

De **voorzitter**: Mevrouw de minister is iets over haar tijd gegaan, terecht, want het is een belangrijk onderwerp. Mevrouw Van Camp, u krijgt dus een dubbele repliektijd.

03.04 Yoleen Van Camp (N-VA): In de pers is aangekondigd dat de vrijgemaakte middelen ook voor de zelfstandige thuisverpleging zouden worden aangewend.

03.05 Minister Maggie De Block: Dat heb ik ook gezegd.

03.06 Yoleen Van Camp (N-VA): In orde, dat heb ik dan gemist. Ik dacht dat u alleen sprak over loonverband. Dan ben ik gerustgesteld.

Er zijn al heel veel ideeën geopperd om meer personeel aan te trekken in de zorgsector, maar ik ben ervan overtuigd dat we vanzelf mensen naar het beroep kunnen leiden als de werkomstandigheden verbeteren, als er voldoende handen aan het bed zijn en als bijvoorbeeld voor de zelfstandige thuisverpleging de honoraria up-to-date zijn en ze echt de werklast coveren. Zo wordt het beroep veel aantrekkelijker. Ik juich die inspanningen dus zeker toe.

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

04 Samengevoegde vragen van

- Yoleen Van Camp aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De erkenning van gespecialiseerde voetverzorgers" (55002981C)

- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De erkenning van gespecialiseerde voetverzorgers als paramedici" (55007737C)

04 Questions jointes de

- Yoleen Van Camp à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La reconnaissance des pédicures spécialisé(e)s" (55002981C)

- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La reconnaissance des pédicures spécialisé(e)s comme personnel paramédical" (55007737C)

04.01 Yoleen Van Camp (N-VA): Ik kreeg hierover een vraag uit de sector en toen ik ging graven in het parlementair werk, kon ik alleen terugvinden dat u in 2018 in de meest recente parlementaire discussie

daarover de adviezen over de podologen en gespecialiseerde voetverzorgers, die u in augustus 2018 van de Federale Raad voor de paramedische beroepen en van de Technische Commissie voor de paramedische beroepen had ontvangen, samenvatte en een analyse door uw diensten aankondigde, die vervolgens zou worden teruggekoppeld naar de vertegenwoordigers.

Wat is er uit die terugkoppeling voortgekomen? Wat is nu de stand van zaken in het dossier? Als ik mij niet vergis, zijn de gespecialiseerde voetverzorgers nog altijd niet erkend. Wat zult u ondernemen om dat in orde te maken?

04.02 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, de gespecialiseerde voetverzorgers verzorgen vooral patiënten met reuma, diabetes en kanker, maar zij zijn geen paramedici. Zij vallen onder het paritair comité voor de schoonheidsspecialisten.

Dat bleek tijdens de coronacrisis voor problemen te zorgen. In normale omstandigheden krijgt bijna de helft van de bewoners van serviceflats regelmatig een pedicure, maar volgens de maatregelen van de Nationale Veiligheidsraad mochten de schoonheidsspecialisten toen geen activiteiten uitvoeren, ook niet op verplaatsing. Podologen mochten dat met een verwijzing van een arts nog wel.

Zoals collega Van Camp al zei, loopt er blijkbaar een procedure om gespecialiseerde voetverzorgers toch als paramedici te erkennen, zodat zij ook met een btw-vrijstelling een aantal voordelen krijgen die podologen hebben.

Inderdaad, in april gaf de FOD Volksgezondheid het advies om voort te maken met de erkenning van gespecialiseerde voetverzorgers als paramedici, dat moet resulteren in drie niveaus, namelijk de podologen, de gespecialiseerde voetverzorgers en de cosmetische voetverzorgers.

Hoever staat het met de erkenning van dat beroep? Mogen wij ter zake nog stappen verwachten?

04.03 Minister Maggie De Block: Op het moment zijn er twaalf paramedische beroepen erkend. Voor de helft van die beroepen hebben wij in de afgelopen legislatuur wetgevende initiatieven genomen. Ik verwijs ook naar de nota "Modernisering van de regelgeving van de paramedische beroepen".

Gelet op de lopende zaken werd het dossier van de gespecialiseerde voetverzorging on hold geplaatst. Tijdens lopende zaken hebben wij enkel de dossiers kunnen afwerken waarvoor het wetgevend werk reeds geïnitieerd was in de periode toen de regering nog de volle bevoegdheid had.

Dat was bijvoorbeeld het geval voor het dossier van de ambulanciers niet-dringend patiëntenvervoer en voor de orthoptist-optometrist. Het beroep van gespecialiseerd voetverzorger zal ongetwijfeld naar aanleiding van andere noodzakelijke herzieningen, bijvoorbeeld de herziening van het paramedisch beroep van bandagist, orthesist en prothesist, tijdens de volgende legislatuur aan bod moeten komen.

04.04 Yoleen Van Camp (N-VA): Mevrouw de minister, ik vind het in alle eerlijkheid schandalig dat u zich verschuilt achter de lopende zaken om te stellen dat u het probleem niet meer opgelost krijgt. De vraag is u immers ook gesteld in de vorige legislatuur, toen u voor de periode van lopende zaken tijd had om er werk van te maken. Het is jammer dat dat nog niet is gebeurd en dat u nu verwijst naar de volgende legislatuur. Het gaat immers om mensen die zich inzetten in onze zorgsector.

U haalde ook het voorbeeld aan van andere beroepen, waarvan de beoefenaars nog altijd wachten op een erkenning, en het is jammer dat er ook daarvoor naar de volgende legislatuur wordt verwezen.

04.05 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, u had effectief al vóór de periode van lopende zaken aangegeven dat daarvan werk zou worden gemaakt. Blijkbaar is dat echter niet gebeurd, wat tijdens de coronacrisis gevolgen had. Wij moesten namelijk vaststellen dat er een probleem is ontstaan door het ontbreken van een erkenning van het beroep van gespecialiseerd voetverzorger. We kunnen op het moment alleen hopen op een snelle regeringsvorming en we kijken daar dan ook naar uit.

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

05 Question de Patrick Prévot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration)

sur "Le rapport de synthèse PlanCad Médecins 2004-2016" (55003003C)

05 Vraag van Patrick Prévot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het syntheserapport PlanCad Artsen 2004-2016" (55003003C)

05.01 **Patrick Prévot** (PS): Madame la ministre, selon le dernier rapport de la Commission de planification de l'offre des soins de santé, la pénurie de médecins généralistes annoncée depuis des années devrait s'aggraver et se généraliser de part et d'autre de la frontière linguistique.

En 2016, la Belgique comptait 55 678 médecins susceptibles de travailler dont seulement 32 584 réellement actifs dans le secteur des soins de santé. Ces dernières années, la médecine spécialisée a vu ses effectifs gonfler. En effet, le nombre de spécialistes actifs dans les soins de santé a augmenté de 28 % entre 2004 et 2016, passant de 15 419 à 19 773. La moitié d'entre eux (51 %) exercent en Flandre, 32 % en Wallonie et 17 % dans la Région de Bruxelles-Capitale.

En ce qui concerne les médecins généralistes, la Belgique compte 12 093 médecins généralistes équivalent temps plein (ETP) dont 7 757 en Flandre et 4 336 en Fédération Wallonie-Bruxelles. Sur les 13 dernières années concernées par l'étude couvrant la période de 2004 à 2016, le nombre d'ETP de généralistes a augmenté de 1,7 % en Flandre mais a baissé de 8 % en Belgique francophone. Il existe par ailleurs des disparités entre les différentes provinces.

Quand la Flandre orientale peut compter sur 13,3 ETP de généralistes pour 10 000 habitants, Bruxelles doit, elle, se contenter de 8,1 ETP pour le même nombre d'habitants.

De plus, en 2016, un tiers des généralistes belges avaient plus de 60 ans. Pour 4 170 généralistes âgés de plus de 60 ans, 1 262 d'entre eux étaient en formation, ce qui signifie que pour 3,3 médecins partant à la retraite, un seul est formé pour le remplacer.

Madame la ministre, comment expliquez-vous la forte hausse du nombre de médecins spécialisés? Comment comptez-vous répondre à la pénurie de médecins généralistes constatée dans certaines régions du pays? Comment éviter que celle-ci ne s'aggrave? Le système de contingentement en vigueur dans le pays n'est plus tenable. La révision des quotas en dentisterie et en médecine ne vous semble-t-elle pas indispensable? N'estimez-vous pas devoir faire évoluer la clé de répartition des quotas afin de mieux répondre aux besoins en soins de santé? Des concertations ont-elles à nouveau lieu dans ce domaine avec les entités fédérées?

05.02 **Maggie De Block**, ministre: Monsieur Prévot, puis-je commencer par vous rappeler la distribution des compétences en matière de contingentement? Si le quota fédéral global pour l'ensemble de la Belgique relève bien du fédéral, les sous-quotas – dont le nombre de généralistes – dépend des Communautés. Et cela ne date pas d'hier!

Le nombre élevé de spécialistes dans certains domaines s'explique par le fait que les candidats spécialisés ne font pas toujours le choix de s'orienter vers les spécialités qui nécessitent davantage de candidats pour répondre aux besoins de la population. Plusieurs raisons expliquent cette situation, notamment la différence qualitative des honoraires entre les différentes spécialités.

Les Communautés sont en train d'installer des commissions de planification à leur niveau de compétence, avec pour mission la détermination de sous-quotas pour assurer une répartition des spécialités en concordance avec les spécificités de chaque entité. La Communauté française a, de son côté, déjà relevé à deux reprises la proportion de candidats généralistes autorisés à entamer leur spécialité, puisque la médecine générale est également une spécialité, comme vous le savez. C'est un premier pas pour lutter contre la diminution des médecins généralistes.

D'autres politiques utiles, comme les incitants à l'installation et l'ancien Fonds Impulseo, ont également été transférées lors de la sixième réforme de l'État. Au niveau fédéral, les membres de la Commission de planification travaillent actuellement et intensivement sur ces questions et publieront, à la fin du premier semestre, les scénarios d'évolution de la force de travail des médecins et des dentistes. S'ensuivront des scénarios alternatifs sur lesquels se baseront les prochains quotas.

Les quotas sont revus régulièrement sur la base des données disponibles les plus récentes. Les données produites par le fédéral sont à disposition des Communautés pour fixer les sous-quotas. Chaque spécialité y

est analysée dans les détails.

L'administration étudie des alternatives au système de contingentement actuel en les liant à la programmation, au financement et à la qualité des places de stage. Le groupe de travail "professions de santé" de la Conférence interministérielle est le lieu où les concertations avec les entités fédérées prennent place. Les travaux de ce groupe de travail reprendront après l'été. Toutefois, si de nouveaux éléments dans le dossier de planification devaient être mis à l'ordre du jour, ce groupe de travail pourrait bien entendu être convoqué en urgence.

05.03 Patrick Prévot (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour votre réponse. Ce n'est pas la première fois que je vous interrogeais sur ces pénuries constatées, avec ces disparités en fonction de certaines provinces.

Je retiens que des travaux de réflexion sont en cours sur des alternatives éventuelles au système de contingentement actuel et que les membres de la Commission de planification rendront des conclusions à la fin de ce premier semestre. Je n'hésiterai pas à ce moment-là à vérifier et à vous interroger le cas échéant.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

06 Vraag van Steven Creyelman aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het duurder wordende tandartsbezoek" (55003027C)

06 Question de Steven Creyelman à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'augmentation du coût d'une consultation chez le dentiste" (55003027C)

06.01 Steven Creyelman (VB): *Mevrouw de minister, een bezoek aan de tandarts wordt vanaf 1 maart 2020 aanzienlijk duurder. De oorzaak van deze prijsstijging valt terug te brengen tot het feit dat heel wat tandartsen van mening zijn dat de wettelijk erelonen onvoldoende hoog zijn, wat zich uit in het feit dat nu al ruim 40% van de Vlaamse tandartsen niet-geconventioneerd zijn en zich dus niet aan het tariefakkoord hoeven te houden.*

Het nieuwe akkoord tussen de ziekenfondsen en de geconventioneerde tandartsen moet die evolutie nu keren door de geconventioneerde tandartsen een gevoelige prijsstijging te laten doorvoeren. Daardoor worden courante ingrepen zoals het verwijderen van tanden, het behandelen van gaatjes en het plaatsen van sommige prothesen 30% tot 50% duurder, volledig ten laste van de patiënt. Een en ander leidt tot een geschatte jaarlijkse totale meerkost van ongeveer 56 miljoen euro.

1. Deelt de minister de bezorgdheid dat, ondanks het feit dat de maximumtarieven niet van toepassing zijn op minderjarigen en mensen met een verhoogde tegemoetkoming, het fenomeen van uitstelgedrag en zelfs afstelgedrag voor een bezoek aan de tandarts zal toenemen?

a. Welke zijn de argumenten voor haar antwoord?

b. Welke maatregelen zal zij nemen om uit- en afstelgedrag tegen te gaan?

2. Hoe reageert de minister op de 'beschuldiging' dat deze factuur in de maag van de patiënt wordt gesplitst omdat zij het globale begrotingsvoorstel 2020 van het Verzekeringscomité, waarin extra middelen voor tandzorg werden voorzien, weigerde goed te keuren en met een alternatief voorstel zonder bijkomende middelen voor de tandzorg (afgezien van de indexering) op de proppen kwam?

06.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer Creyelman, de begroting van de geneeskundige verzorging voor 2020 werd door de Algemene raad aangenomen en vervolgens goedgekeurd door de regering. De partiële doelstelling van de tandheelkundige verzorging in de begroting werd nooit opgebruikt. Er is met andere woorden altijd een onderbenutting.

In die context was de regering dus moeilijk te overtuigen van de noodzaak om het budget te verhogen voor aanpassingen van de tarieven. De mogelijkheid om maximumtarieven aan te rekenen is in het akkoord ook verbonden met het engagement van de tandartsen om volledige transparantie te geven aan de verzekeringsinstellingen over de factuur die aan de patiënt wordt aangerekend. Ik stel echter vast dat dit engagement op dit moment nog altijd niet wordt nagekomen.

Het klopt inderdaad dat wij kwetsbare patiënten hebben gevrijwaard van de maximumtarieven. Het is tenslotte een goede zaak voor alle patiënten als wij door dit akkoord het aantal geconventioneerde

tandartsen kunnen verhogen. Ik zeg echter op voorhand dat wij door de coronacrisis cijfers moeilijk zullen kunnen vergelijken. Tandzorg werd immers ook uitgesteld, alleen dringende ingrepen konden gebeuren. Daarom vrees ik dat wij weer een achteruitgang zullen zien in de frequentie van de tandartsbezoeken.

06.03 Steven Creyelman (VB): Ik ben het eens, mevrouw de minister, dat zich door de coronacrisis wel wat uit- en afstelgedrag zal hebben voorgedaan om andere redenen dan degene die ik heb aangehaald.

Ik ben echter blij dat u ook uw bezorgdheid uit over het feit dat de tandheeskundige hygiëne en zorg een belangrijk deel van de volksgezondheid uitmaken en een impact hebben op de sociale zekerheid.

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

07 Vraag van Nawal Farih aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Reclame voor pijnstillers" (55003031C)

07 Question de Nawal Farih à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La publicité pour les antidouleurs" (55003031C)

07.01 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, ik had deze vraag gericht aan minister Muylle, maar ik werd naar u doorverwezen.

Mijn vraag betreft de regelgeving inzake reclame voor pijnstillers. Momenteel wordt er op radio en televisie heel wat reclame gemaakt voor pijnstillers. Wat vindt u daarvan? Kan of moet de regelgeving niet worden verstrengd?

Momenteel is het voldoende dat wordt gevraagd om de bijsluiter aandachtig te lezen om reclame te mogen maken. Hoe staat u tegenover audiovisuele reclame voor pijnstillers en geneesmiddelen? Vindt u dat de wetgeving moet worden herbekeken?

Beschikken wij over cijfers die aantonen dat de bevolking de bijsluiter effectief leest?

07.02 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Farih, reclame voor geneesmiddelen is in België streng gereguleerd, met name in de geneesmiddelenwet van 25 maart 1964 en in het koninklijk besluit van 7 april 1995 betreffende de voorlichting en de reclame inzake geneesmiddelen voor menselijk gebruik. Deze wetgeving is overigens gestoeld op de Europese richtlijn 2001/83/EG. Publieksreclame is sowieso verboden voor voorschrijfplichtige geneesmiddelen.

Voor reclamespots op radio of televisie moet vooraf een visum worden verkregen, dat door de minister van Volksgezondheid wordt afgeleverd na advies van de Commissie van Toezicht op de reclame voor geneesmiddelen. Deze commissie zorgt vooraf voor een grondige en kritische evaluatie van de voorgestelde reclamespot.

De wetgeving zegt letterlijk dat alle reclame het rationeel gebruik van het geneesmiddel moet bevorderen door het objectief voor te stellen zonder de eigenschappen te overdrijven, en dat het niet misleidend mag zijn. Het zijn steeds korte boodschappen; daarom is het niet mogelijk om alle informatie uit de bijsluiter daarin op te nemen. Een vermelding om de bijsluiter te raadplegen, is inderdaad verplicht.

Het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten heeft al herhaaldelijk campagnes en communicaties gelanceerd voor een veilig gebruik van geneesmiddelen. De laatste campagne dateert van maart 2020, met name een *Flash VIG-News: goed gebruik van pijn- en koortsmedicatie*.

In België is de aflevering van alle geneesmiddelen, voorschrijfplichtig of niet, voorbehouden aan apothekers. Uiteraard ligt ook een deel van de verantwoordelijkheid voor het informeren over het correct gebruik van geneesmiddelen bij de arts en de apotheker.

Het is moeilijk om medicijngebruik af te bouwen. Er zijn vormingsmodules om mensen die te veel pijnstillende medicatie innemen te begeleiden bij het afbouwen.

Er zijn nu eenmaal mensen die geneesmiddelen beginnen innemen, maar die nooit afbouwen of ermee

stoppen. Dat is niet goed voor de gezondheid.

07.03 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de voorzitter, ik ben het eens met uw conclusie. Het is inderdaad niet goed voor de gezondheid.

Wij krijgen op de radio reclame te horen voor Dafalgan Forte, terwijl we weten dat men al van een overdosis kan spreken als iemand die 65 kg weegt drie Dafalgans Forte inneemt. Het zou goed zijn als er iets meer campagnes zouden worden gestart over pijnstillende medicijnen. Wij hebben daar nood aan. Zeker in tijden van corona hebben heel wat mensen snel gegrepen naar verschillende soorten medicijnen die in hun kast lagen. Op dat vlak moeten wij de bevolking beter beschermen.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

De **voorzitter**: De vragen nrs. 55003035C, 55003414C en 55003036C van mevrouw Jadin worden omgezet in schriftelijke vragen.

08 Samengevoegde vragen van

- **Steven Creyelman aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De prenatale consultaties" (55003151C)**

- **Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De ongelijkheden in de follow-up van zwangerschappen" (55003177C)**

08 Questions jointes de

- **Steven Creyelman à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les consultations prénatales" (55003151C)**

- **Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'inégalité des suivis de grossesse" (55003177C)**

08.01 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, uit een rapport van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg blijkt dat om en bij de 70 % van de zwangere vrouwen meer dan aanbevolen langsgaat bij een gynaecoloog of een vroedvrouw. Niettegenstaande de aanzienlijke maatschappelijke kosten daarvan is het echte probleem dat 4 % van de zwangere vrouwen naar minder dan 7 prenatale consultaties ging. Uit hetzelfde rapport bleek dat 3 % zelfs geen afspraak heeft gehad tijdens de eerste 20 weken van de zwangerschap.

Mevrouw de minister, wat zijn volgens u de oorzaken van het feit dat zwangere vrouwen te weinig of zelfs geen prenatale consultaties hebben? Welke maatregelen zult u treffen om bij die doelgroep het aantal prenatale consultaties op een 'normaal' niveau te brengen? Hoe wilt u het aantal 'overbodige' consultaties terugdringen? Plant u specifieke bijkomende communicatie inzake het parallelle bezoek aan gynaecologen en vroedvrouwen, teneinde de overconsumptie van prenatale consultaties te beperken?

08.02 Hervé Rigot (PS): Madame la ministre, l'étude du KCE a effectivement mis en évidence certains constats alarmants. L'offre de soins est très variée mais les futurs parents se sentent perdus et sans référent pour obtenir des réponses à leurs questions. Les démarches administratives liées à la grossesse semblent quelquefois insurmontables. La préparation du post-partum n'est pas systématiquement proposée à tous les parents. Trop de femmes enceintes ne voient pas de gynécologue avant vingt semaines.

Madame la ministre, quelles conclusions tirez-vous de cette étude? Comment s'assurer que les recommandations belges en matière de suivi de grossesse soient suivies par toutes les femmes enceintes? Pour une grossesse à bas risques, on parle de sept consultations prénatales minimum. Que pensez-vous de la proposition du KCE de structurer le suivi de grossesse par un parcours identique de soins prénatals ou adaptés en cas de besoins spécifiques? Que pensez-vous de l'existence d'un coordinateur de soins prénatals qui pourrait veiller à ce qu'aucune étape ne soit oubliée? Cette proposition est-elle déjà étudiée au sein de votre administration? Merci pour votre réponse, madame la ministre.

08.03 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, mijnheer Creyelman, mijnheer Rigot, een aantal vrouwen blijken zich inderdaad niet aan de prenatale consultaties te houden. De oorzaken daarvan zijn wellicht vaak individueel van aard. De patiënten hebben uiteraard de vrije keuze in de wijze waarop zij zich willen laten verzorgen. Dat is geen fenomeen dat alleen voor zwangere vrouwen geldt. De overheid kan wel maximaal sensibiliseren om elkeen ervan te overtuigen de beschikbare zorg te gebruiken. De problematiek

wordt aangekaart in de werkgroep "Heelkunde" van de Technisch Geneeskundige Raad van het RIZIV, in samenspraak met de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle. Het is de bedoeling de problematiek goed in kaart te brengen en secundair te bekijken of er maatregelen genomen moeten worden.

Monsieur Rigot, aujourd'hui, un grand nombre de possibilités sont prévues pour assurer un bon suivi prénatal des femmes enceintes. Les patientes sont toutefois libres de recourir aux soins proposés et disponibles. Il n'est pas certain que la désignation systématique d'un coordinateur de soins résolve cette question.

Comme cela a été dit, les recommandations sont examinées au sein du groupe de travail "chirurgie" du Conseil technique médical de l'INAMI.

Vrouwen hebben ook de keuze om zich bijvoorbeeld, naast de huisarts of gynaecoloog, door een vroedkundige te laten begeleiden. Bij mijn dochter deed een vroedman de begeleiding. Hij plande alles. Alle mogelijkheden zijn vrij. Het is natuurlijk wel belangrijk, omdat het de gezondheid van de moeder en het kind aangaat, om voor begeleiding te kiezen. Veel vrouwen hebben in de eerste 20 weken geen enkele begeleiding. Dat probleem moet als eerste worden aangepakt. Wij weten dat de NIP-test heel vaak wordt gebruikt. Dat is misschien ook een gelegenheid om die stap te zetten. Er moet dus evident aan gewerkt blijven worden, maar de keuze van begeleiding, door de huisarts en/of een gynaecoloog of een vroedkundige, is een individuele keuze. Die laten wij dan ook vrij.

08.04 Steven Creyelman (VB): Mevrouw de minister, zwangerschap is geen ziekte, in tegenstelling tot wat overbezorgde toekomstige vaders, inclusief mijzelf indertijd, wel eens plegen te denken. Het verheugt mij alleszins dat u het ermee eens bent, samen met de twee mannen die deze vraag hebben gesteld, dat een medische begeleiding van een zwangerschap aan te bevelen en zelfs noodzakelijk is.

08.05 Hervé Rigot (PS): Merci, madame la ministre. Je partage totalement votre avis.

Il ne s'agit pas de contraindre mais bien d'encourager, de soutenir, d'informer sur l'utilité, tant pour les futures mamans que pour leur futur enfant, de suivre ce parcours prénatal. Vous l'avez bien souligné. Vous avez souligné également la liberté de choix des femmes. Le groupe socialiste y tient particulièrement. Cette liberté de choisir sa destinée et de choisir comment vivre sa vie de femme est essentielle. Mais on sait aussi que la période de la grossesse est une période de grande vulnérabilité, de grand questionnement pour la femme et son conjoint. Ces moments mènent à une vulnérabilité qui peut être amoindrie en étant au chevet de la future maman, en lui donnant les conseils, les soins, l'aide qui peuvent être mis en œuvre. Je suis satisfait d'entendre que vous y serez attentive à l'avenir.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

09 Question de Patrick Prévot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'épidémie causée par une bactérie à l'hôpital EpiCURA d'Hornu" (55003158C)

09 Vraag van Patrick Prévot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De door een bacterie veroorzaakte epidemie in het EpiCURA-ziekenhuis te Hornu" (55003158C)

09.01 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, madame la ministre, je tiens à préciser ici que ma question a été déposée au début du mois de février, avant que la crise sanitaire ne touche notre pays.

En février dernier donc, le Centre hospitalier EpiCURA, situé à Hornu, a fait face à une épidémie causée par une bactérie très résistante. Le 5 février, celle-ci avait déjà fait deux morts. Quatre autres patients étaient infectés et en cours traitement.

La bactérie *acinetobacter baumannii* s'attaque aux personnes fragilisées et provoque des infections de type respiratoire. Il s'agit d'une bactérie environnementale qui peut persister dans l'environnement et opportuniste, hautement résistante aux antibiotiques. Si les personnes en bonne santé présentent moins de risques, les personnes immunodéprimées peuvent être facilement touchées, ce qui explique pourquoi cette bactérie a un taux de mortalité important.

L'hôpital avait décidé, à l'époque, de fermer l'unité de soins intensifs ainsi que le service de pneumologie aux admissions, de renforcer les équipes et de dédier du personnel uniquement pour les patients infectés.

Madame la ministre, quatre mois plus tard, pouvez-vous faire le point de la situation? Quelles mesures de précaution doivent être prises dans les hôpitaux dans de tels cas? Sont-ils systématiquement répertoriés par le SPF Santé publique? Si oui, pouvez-vous nous dresser un bilan des services et hôpitaux touchés par ce type de bactérie résistante ces dernières années? Qu'en est-il de la situation au sein de l'hôpital EpiCURA d'Hornu?

09.02 Maggie De Block, ministre: Monsieur le président, monsieur Prévot, pour répondre à votre question relative au nombre de cas répertoriés par le SPF Santé publique, j'ai ici un tableau reprenant les données de 2014 à février 2020. Je vais vous le remettre car le commenter nécessiterait trop de temps.

Il existe une équipe de soutien appelée Outbreak Support Team (OST) en cas d'épidémie de bactéries difficiles à traiter; il s'agit des *Multidrug-Resistant Organisms*. Cette équipe a été créée en 2014 afin d'aider les établissements de soins à gérer une épidémie de *multidrug-resistant organisms* ou de fournir un soutien approprié.

Le soutien revêt différentes formes: avis scientifiques, accompagnement dans la priorisation des mesures, information des différents intervenants, intervention sur place, évaluation du lieu de travail ou échantillonnages et, exceptionnellement, mesures de contrôle par les services d'inspection compétents, résultats de la surveillance des infections liées aux soins, observance de l'hygiène des mains, de la résistance aux antibiotiques et de la consommation d'antibiotiques.

Ils sont consultés et abordés en concertation avec l'équipe d'hygiène hospitalière et, bien évidemment, avec la direction de l'établissement de soins en question.

La Outbreak Support Team se compose des inspections de santé ou des services de lutte contre les maladies infectieuses des entités fédérées, d'experts de Sciensano – avec le soutien de centres nationaux de référence – et, si nécessaire, d'experts externes. L'hôpital ou l'établissement de soins décide lui-même de demander de l'aide à l'OST. La demande est possible après notification de l'épidémie aux Communautés ou Régions. Le nombre d'épidémies signalées et de visites consécutives à celles-ci représente une observation objective mais ne reflète aucunement la complexité des situations en question, les efforts consentis ou la situation épidémiologique globale en Belgique, vu que la demande de soutien auprès de l'OST se fait sur une base volontaire.

En conséquence, les épidémies liées aux *Multidrug-Resistant Organisms* ne sont pas toutes répertoriées au sein du SPF Santé publique car elles sont préalablement notifiées aux autorités compétentes, et une demande doit être introduite pour que l'OST puisse intervenir. Or, certaines directions d'établissement restent réticentes à l'idée de faire appel à ce service d'experts, et ce pour différentes raisons. Ainsi, certaines souhaitent rester discrètes et ont peur des fuites – bien que l'OST soit soumise au secret professionnel et ne divulgue aucunement les informations liées aux épidémies – ou estiment pouvoir gérer elles-mêmes l'épidémie.

Par souci de confidentialité, nécessaire afin de favoriser une bonne cohésion dans la lutte contre les épidémies liées aux bactéries multirésistantes et de garantir la discrétion et le respect du patient, de sa famille et du personnel concerné, l'OST ne peut divulguer les normes des établissements concernés par le problème. Certes, il existe un tableau reprenant les épidémies à bactéries multirésistantes aux antibiotiques pour lesquelles un soutien épidémique a été apporté depuis la création de l'OST. C'est ce tableau-là que je vais vous communiquer.

09.03 Patrick Prévot (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour vos réponses. Vous avez fait un instantané de la situation et expliqué le travail de cette équipe de soutien créée en 2014 afin d'aider l'établissement à faire face à une épidémie.

Je reçois à l'instant le tableau des aperçus des épidémies et des situations répertoriées de 2014 à 2020, pour lequel je vous remercie également.

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

10 Vraag van Dominiek Sneepe aan Koen Geens (VEM Justitie, Regie der Gebouwen en Europese

Zaken) over "De subsidiëring van de farma-industrie" (55003160C)

10 Question de Dominiek Snelpe à Koen Geens (VPM Justice, Régie des Bâtiments et Affaires européennes) sur "Le subventionnement de l'industrie pharmaceutique" (55003160C)

10.01 Dominiek Snelpe (VB): Mevrouw de minister, naar aanleiding van de nakende ontslagen bij het farmabedrijf GSK kwam de subsidiëring van die bedrijven ter sprake. De farmabedrijven worden niet alleen door de Europese Unie gesubsidieerd, maar ook door onze overheid. Er wordt voornamelijk op innovatie en onderzoek ingezet.

Hoeveel subsidies gaan rechtstreeks naar de farma-industrie? Hoe worden de subsidies verdeeld? Zijn er nog andere directe of indirecte subsidies? Welke voorwaarden worden daaraan verbonden? Hoe wordt gecontroleerd of aan die voorwaarden wordt voldaan? Welke sancties worden er uitgesproken als een bedrijf niet meer aan de voorwaarden voldoet? Worden de subsidies dan teruggeëist of wordt een boete opgelegd? Worden de subsidies in rekening gebracht bij de onderhandelingen over de prijzen van geneesmiddelen?

10.02 Minister Maggie De Block: Mevrouw Snelpe, ik kan uit uw vraag niet opmaken over welke subsidies u het precies hebt. In elk geval kennen de administraties onder mijn bevoegdheid geen dergelijke subsidies uit aan bedrijven in de farmaceutische sector.

De federale overheid beschikt over verscheidene hefboomen van een andere aard, zoals fiscale stimuli, maar dat zijn geen subsidies en die zijn zelden op een sector of een bedrijf gericht; ze moedigen innovatie over alle sectoren heen aan.

Er is ook de mogelijkheid van economische ondersteuning op het niveau van de deelstaten, maar ik heb daar geen zicht op. Meestal is het de minister van Innovatie, Economie of Wetenschappelijk Onderzoek, die daarvoor bevoegd is.

De huidige pandemie heeft het belang aangetoond van de aanwezigheid van capaciteit om medicijnen in eigen land te produceren. Voor de ontwikkeling van een vaccin tegen COVID-19, waarop iedereen in de hele wereld zit te wachten, rekenen we dan ook op de innovatiekracht van bedrijven, waarvan er ook een aantal in België gevestigd zijn.

Dat alles versterkt het pleidooi voor een doordacht overheidsoptreden, gericht op de duurzame verankering van de sector en andere innovatieve sectoren in ons land.

10.03 Dominiek Snelpe (VB): Mevrouw de minister, ik dank u voor het antwoord. Over welke subsidies heb ik het? Het betreft hier een vraag van begin februari. Ik zou moeten opzoeken waar ik daarover heb gelezen.

U zei dat er geen rechtstreekse subsidies zijn, maar wel tegemoetkomingen van de overheid via fiscale stimuli en economische ondersteuning via de deelstaten.

Ik erken samen met u het belang van de aanwezigheid van farmabedrijven in ons land, zodat we dichterbij die bedrijven staan en misschien ook vlugger aan medicijnen of vaccins geraken.

Mijn vraag was er een om inlichtingen te verkrijgen en niet om te veroordelen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

11 Question de Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La prise en charge après le cancer" (55003178C)

11 Vraag van Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De patiëntenbegeleiding na een kankerbehandeling" (55003178C)

11.01 Eliane Tillieux (PS): Madame la ministre, nous savons tous que le nombre de nouvelles personnes atteintes du cancer augmente, à raison de 64 000 cas en 2013 et à raison de plus de 68 000 cas en 2016 en Belgique.

Cela s'explique notamment par le vieillissement de la population, mais aussi par l'amélioration constante des

méthodes diagnostiques. Sur les deux mois de confinement, environ 11 000 cas auraient dû être recensés. Or, d'après les premières estimations, près de la moitié n'auraient pas été détectés. Il faut évidemment rattraper ce retard mais les ressources humaines posent question. Dans les services de cancérologie, le personnel n'est pas pléthorique. Un nombre important de patients vont revenir. Il va falloir y faire face. Les traitements risquent d'être plus lourds puisque les tumeurs risquent d'être davantage développées. Pire, certains patients pourraient en être à un stade non guérissable.

Grâce aux progrès médicaux et à un diagnostic précoce, de plus de plus de patients survivent à un cancer. Il est donc important de les accompagner et de les guider dans cette période après les traitements. À ce niveau-là, il y a encore des mesures à prendre car 42 % des Belges pensent que la préparation à l'après cancer est loin d'être suffisante.

En effet, des lacunes persistent dans cette prise en charge. Plus de la moitié des patients se sont sentis abandonnés après la fin de leur traitement. Certains disent avoir encore des conséquences psychologiques ou physiques (80 %). Ils soulignent également les répercussions financières et les difficultés professionnelles qu'ils rencontrent. Certains ont même dû arrêter complètement leur activité.

Madame la ministre, en 2008, un vaste plan cancer a été lancé pour répondre notamment à toutes ces préoccupations. Où en sommes-nous aujourd'hui? De nouvelles mesures sont-elles envisagées? La législation pourrait-elle être simplifiée pour faciliter la réintégration socioprofessionnelle des patients oncologiques?

Le cancer étant une priorité de santé publique, qu'envisagez-vous de mettre en place face à un besoin criant d'accompagnement après une telle maladie? Quelles mesures allez-vous mettre en place pour anticiper ce rebond des cancers après le confinement? Je vous remercie.

11.02 Maggie De Block, ministre: Madame Tillieux, vous étiez très clairvoyante, en février, pour poser ces questions. Mais en fait ce n'est pas la question que vous avez posée. Vous me demandez ici d'improviser. C'est difficile!

11.03 Eliane Tillieux (PS): Madame la ministre, il est nécessaire d'adapter la question à la situation actuelle.

11.04 Maggie De Block, ministre: Oui. Toutes les questions peuvent être adaptées si des éléments nouveaux apparaissent. Mais ici, vous ne m'avez pas précisé que vous alliez l'actualiser. Mais il n'y a pas de problème. Je vais essayer de vous répondre. Je trouve cependant cela peu respectueux pour le travail de mon administration et de mon cabinet.

11.05 Eliane Tillieux (PS): Si vous le souhaitez, restez-en à votre réponse prévue et je redéposerai une question.

11.06 Maggie De Block, ministre: Non, cela ira!

Aucune mesure ou action du plan cancer 2008-2012 ne concernait la prise en charge des suites ou la réhabilitation sociale, psychologique et professionnelle. Seule une action – action 19 – proposait de piloter un projet pour la revalidation fonctionnelle après un cancer du sein.

La législation en vigueur concernant l'activité autorisée prévoit la possibilité pour la personne de reprendre le travail sous réserve d'adaptations nécessaires tant au niveau du contenu de l'emploi que du temps d'emploi, tout en étant reconnue en incapacité de travail.

Ainsi la personne conserve tous ses droits en cas de rechute ou perçoit une indemnité de maladie combinée à un salaire de travail. La réglementation en matière de réintégration du travailleur absent pour cause de maladie de longue durée, en 2017, semble donc porter ses fruits: le nombre de demandes de démarrage de trajets de réintégration a augmenté.

Je prête aussi attention aux problèmes spécifiques de ce groupe de patients. J'ai pris plusieurs initiatives.

J'ai demandé au Centre de connaissance une étude visant à maintenir au travail des patients atteints du cancer en Belgique. Le rapport final de cette étude sera disponible dans les deux langues, au début de

l'automne. Il est actuellement examiné par le personnel du Centre de connaissance et doit encore être traduit.

L'étude sur *Le cancer et le travail chez les travailleurs indépendants*, dirigée par le Pr Elke Van Hoof est en phase de collecte de données. Les résultats ne sont pas encore disponibles. Cette étude est l'une des premières en Europe à se concentrer explicitement sur ce groupe cible. Une enquête quantitative et qualitative est menée auprès des travailleurs indépendants sur leur perception du cancer en tant qu'indépendant. Cette étude est cofinancée par le Centre de connaissance de l'incapacité de travail et la Fondation contre le cancer. Il existe également une coopération structurelle avec les partenaires sociaux en fonction de la collecte de données.

Nous avons un partenariat avec Pink Ribbon. En collaboration avec Pink Ribbon et notre service juridique, des brochures ont été élaborées pour les salariés indépendants et les employeurs.

Nous avons également organisé un congrès axé sur la participation au marché du travail. Nous avons réussi à réunir toutes les parties concernées dans tous les secteurs. Nous poursuivrons cette collaboration à l'avenir.

Nous avons aussi décidé de nous concentrer sur le secteur des soins, en nous basant sur l'étude du Dr Desiron commandée par le Centre de connaissance.

Enfin, le baromètre belge du cancer est en cours d'élaboration, en collaboration avec la Fondation contre le Cancer, le Centre du Cancer de Sciensano, le Registre du cancer, le Collège d'Oncologie et le KCE. Il permettra d'identifier les lacunes, les besoins et les priorités en vue d'une action politique générale *evidence based*.

Le suivi physique est nécessaire, tout comme l'accompagnement. Cet aspect est bien encadré. Nous avons aussi pris des initiatives en vue d'allonger et de rembourser les consultations postérieures au traitement du cancer.

La qualité de vie a parfois changé dans de telles circonstances. Des doutes peuvent apparaître, ainsi qu'une difficulté à accepter l'ampleur de la maladie, tant sur le plan familial que professionnel ou social. La maladie change en effet beaucoup les patients qu'elle a frappés. C'est pourquoi un suivi a été élaboré en collaboration avec mon cabinet et les professionnels du cancer. À cette fin, nous avons décidé d'investir dans des études et dans les contacts avec les patients concernés.

11.07 Eliane Tillieux (PS): Madame la ministre, je vous remercie pour les précisions que vous m'apportez et, surtout, pour l'intérêt que vous portez aux personnes atteintes d'un cancer.

Comme vous le dites, lorsque celles-ci ont passé l'épreuve de la maladie et du traitement qui peut se révéler extrêmement lourd, provoquant des craintes et des angoisses, il peut subsister une lourde atteinte psychologique, entraînant des conséquences difficiles à supporter. Dès lors, je partage totalement votre volonté de mieux accompagner les patients, y compris au moyen de consultations post-cancer, en les allongeant de manière à répondre à toutes les questions et à mieux orienter les personnes dans le doute. De la sorte, elles seront rassurées et pourront retrouver plus de sérénité, y compris dans leur vie professionnelle.

Je vois que vous entretenez des contacts. Vous connaissez notre appréciation toujours positive lorsque vous travaillez en accord avec le terrain et les associations représentatives.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

12 Question de Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement de l'Ajovy" (55003179C)

12 Vraag van Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De terugbetaling van Ajovy" (55003179C)

12.01 Eliane Tillieux (PS): Monsieur le président, madame la ministre, le Belgian Brain Council a évalué le coût sociétal des migraines à 985 millions d'euros par an. En effet, 90 % des personnes souffrant de

migraines indiquent qu'elles ne peuvent pas travailler ou fonctionner lorsqu'elles ont un épisode migraineux. Cela représente en Belgique 1 650 000 jours de travail perdus chaque année. C'est pourquoi cette question me semble importante à traiter.

Au-delà des analgésiques habituels, de nouveaux traitements préventifs voient le jour pour répondre aux besoins des patients. Il existe trois traitements: Aimovig, Ajovy, Emgality, pour lesquels il ne semble pas y avoir de différence fondamentale tant au niveau de l'efficacité que de la tolérance. En effet, ce sont les mieux étudiés et les plus faciles à utiliser car ils sont administrés par injection sous-cutanée mensuelle.

Début janvier, vous nous avez confirmé que la commission de remboursement des médicaments a rendu un avis négatif, successivement en 2018 et en 2019, quant au remboursement de l'Aimovig produit par la firme Novartis. Une autre demande de remboursement a été introduite pour l'Ajovy par Teva Pharma Belgium.

Madame la ministre, l'accessibilité de ces traitements préventifs est primordiale pour les patients souffrant de migraines. Face au constat d'échec du remboursement de l'Aimovig, nous craignons que les démarches pour ses homologues aillent dans le même sens. Quelle attitude comptez-vous prendre face à ces nouvelles demandes de remboursement?

Où en est le dossier de remboursement de l'Ajovy? À terme, sera-t-il remboursable?

Plus généralement, compte tenu du coût sociétal engendré par les migraines, comptez-vous prendre des mesures spécifiques pour aider les patients atteints de migraines?

12.02 Maggie De Block, ministre: Madame Tillieux, comme vous le mentionnez, deux procédures de demande d'inscription sur la liste des spécialités remboursables pour l'Aimovig ont déjà été menées et finalisées. Dans ces deux procédures, la Commission de remboursement des médicaments (CRM) n'a pas formulé de position motivée à la majorité des deux tiers.

En septembre 2018, Novartis a soumis un dossier à la CRM pour l'admission au remboursement d'Aimovig à la dose de 70 mg. Après évaluation de la demande par le CRM, la possibilité de conclure une convention entre l'INAMI et Novartis pour inscrire temporairement le médicament dans la liste des spécialités pharmaceutiques a été examinée. À l'issue des négociations, un accord n'a pas pu être trouvé avec Novartis pour l'admission temporaire au remboursement d'Aimovig 70 mg. Sur la base de l'analyse du CRM, il est apparu que le coût pour l'assurance-maladie par patient est trop élevé et qu'il existe un certain nombre d'incertitudes importantes liées à ce médicament, notamment en ce qui concerne l'impact budgétaire potentiel et la plus-value des médicaments dans la population cible proposée par la firme.

En mars 2019, Novartis a soumis un nouveau dossier à la CRM pour l'admission au remboursement de l'Aimovig dosé à 140 mg. Ce dossier a aussi fait l'objet de négociations avec les firmes en vue de la conclusion d'une convention entre l'INAMI et Novartis.

Le groupe de travail chargé des négociations est arrivé aux mêmes conclusions que lors des négociations ayant concerné l'Aimovig 70 mg et un accord n'a pas non plus pu être trouvé avec Novartis pour l'admission temporaire au remboursement de l'Aimovig 140 mg.

Une troisième procédure en vue de l'admission au remboursement de l'Aimovig est actuellement en cours. En effet, fin novembre 2019, Novartis a soumis un nouveau dossier à la CRM pour cette spécialité tant pour le dosage de 70 mg que pour celui de 140 mg. Ce dossier étant toujours en cours, je ne suis pas en mesure de vous fournir les informations quant à cette procédure à ce stade.

Ik kan u dus geen informatie geven tijdens de lopende procedure, aangezien ik niet op de hoogte word gehouden.

Vous mentionnez Ajovy dans votre courrier, je peux vous communiquer que fin 2019, Teva Pharma Belgium a déposé aussi auprès de la CRM une demande d'inscription sur la liste des spécialités remboursables pour Ajovy. Ce dossier est également en cours.

Concernant les mesures spécifiques pour aider les patients atteints de migraines, il existe déjà plusieurs médicaments remboursés à cet effet. La plupart de ces médicaments sont, comme Ajovy, des traitements préventifs visant à prévenir une crise. Les médicaments à base de propranolol, métoprolol et de topiramate

entre autres sont remboursés.

Pour les formes plus sévères de migraines qui ne répondent pas aux autres thérapies, Botox est également remboursé depuis peu.

12.03 Eliane Tillieux (PS): Monsieur le président, madame la ministre, je vous remercie d'avoir été très complète sur les dossiers.

Il s'agit donc de deux dossiers toujours en cours, avez-vous des délais? Existe-t-il une date butoir, un timing? Il semblerait que ce ne soit pas le cas. Nous reviendrons vers vous pour vous interpellier dans les mois à venir. Je vous remercie.

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

Le président: Je vous remercie, madame Tillieux.

Voilà qui clôture notre séance de questions orales posées à la ministre. Nous allons enchaîner avec un débat d'actualité sur la crise du COVID-19. Le ministre De Backer vient d'arriver. Les ministres sont disponibles jusqu'à 18 h 00, si je ne m'abuse.

D'après mes chiffres, 65 questions sont adressées à Mme De Block et 15 questions à M. De Backer. Nous suivrons notre procédure et accorderons un temps de parole par groupe. Le temps de parole pour les répliques dépendra du temps de réponse des ministres. Pour rappel, nous accorderons 8 minutes aux groupes de 3 députés, 5 minutes aux groupes de 2 députés et 3 minutes aux groupes comportant un seul député.

13 COVID-19: actualiteitsdebat en toegevoegde vragen van

- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De score voor België voor de aanpak van de COVID-19-crisis" (55007276C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De 'foutieve data' van Sciensano" (55007282C)
- Yoleen Van Camp aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De coronacrisis en de bonus voor het zorgpersoneel" (55007284C)
- Yoleen Van Camp aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het coronavirus en de evaluatie van de nomenclatuur voor de thuisverpleging" (55007285C)
- Yoleen Van Camp aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De nomenclatuurnummers voor thuisverpleging in het kader van COVID-19" (55007286C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De doorbraak in de behandeling van COVID-19 dankzij dexamethasone en het gebruik daarvan in ons land" (55007300C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het groeiend aantal gezondheidsklachten van COVID-patiënten maanden na de diagnose" (55007324C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "RNA van het COVID-19-virus in het afvalwater" (55007340C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De rol van de heer F. Robben" (55007347C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19" (55007353C)
- Dominiek Snelpe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Coronasteun voor tandartsen en andere zorgverstrekkers" (55007358C)
- Dominiek Snelpe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het retroactief terugvorderen van de coronatoeslag bij zelfstandige zorgverstrekkers" (55007359C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De instructies aan de bevolking tijdens de exitfase" (55007367C)
- Jan Bertels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het Zorgpersoneelfonds" (55007376C)
- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De sensibilisering over de coronamaatregelen" (55007386C)
- Wouter De Vriendt aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De

mondmaskers van Avrox" (55007397C)

- Patrick Prévot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De ontwikkeling van vaccins tegen COVID-19 in België" (55007407C)
- Hugues Bayet aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De toekomst van het Europese gezondheidsbeleid naar aanleiding van de COVID-19-pandemie" (55007411C)
- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De toename van de online verkoop van geneesmiddelen sinds het begin van de coronacrisis" (55007456C)
- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het dragen van een mondmasker in winkels" (55007457C)
- Sofie Merckx aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het plan van aanpak in geval van een tweede golf van de coronaviruspandemie" (55007470C)
- Dominiek Snelpe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het opsporen van COVID-19 via het afvalwater" (55007481C)
- Magali Dock aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De langdurige gezondheidsklachten bij patiënten die een milde vorm van COVID-19 doormaakten" (55007534C)
- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het aantal coronabesmettingen" (55007540C)
- Leen Dierick aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het vermijden van een nieuwe pandemie" (55007565C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het nieuwe virus 'G4'" (55007626C)
- Steven Creyelman aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Een nieuw varkensgriepvirus" (55007631C)
- Dominiek Snelpe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Een vaccin tegen COVID-19" (55007636C)
- Steven Creyelman aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19 en de kostprijs van remdesivir" (55007639C)
- Steven Creyelman aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19 en remdesivir" (55007640C)
- Caroline Taquin aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19 en de inenting tegen de seizoensgriep" (55007645C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De vaccins en de mutatie van het virus" (55007679C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het Europees vaccinatieplan" (55007680C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het vaccinatieplan tegen COVID en griep" (55007681C)
- Kathleen Depoorter aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het advies van het EMA over remdesivir" (55007682C)
- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Een inventaris van de clusterbesmettingen" (55007686C)
- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De versoepeling van de coronamaatregelen in verband met dansfeesten" (55007687C)
- Nawal Farih aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De psychologische steun voor zorverleners" (55007701C)
- Isabelle Galant aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Een nieuwe lokale lockdown" (55007725C)
- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het mogelijke toekomstige coronavaccin" (55007749C)
- Patrick Prévot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De vaccinatie tegen pneumokokken" (55007753C)
- Nawal Farih aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De voorraad remdesivir" (55007754C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De grensoverschrijdende zorg tijdens de coronacrisis" (55007778C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het geneesmiddelengebruik" (55007782C)
- Valerie Van Peel aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De

verhoging van de maximumleeftijd voor MBV wegens de coronacrisis" (55007781C)

- Dominiek Sneppe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De ontsmettende handgels" (55007800C)
- Karin Jiroflée aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De termijn voor de medisch begeleide voortplanting en de coronacrisis" (55007801C)
- Sophie Rohonyi aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De ontdekking van een varkensgriepvirus" (55007807C)
- Barbara Creemers aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Malnutritie en COVID-19" (55007830C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Een nieuw varkensgriepvirus" (55007840C)
- Frieda Gijbels aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het aantal besmette zorgverstrekkers" (55007842C)
- Laurence Hennuy aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het opsporen van COVID-19 via het afvalwater" (55007850C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De geneesmiddelen tegen COVID-19" (55007855C)
- Patrick Prévot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het beheer van de strategische stock mondkmaskers van de EU" (55007861C)
- Eliane Tillieux aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De procedure voor de implementatie van de corona-app en het bijbehorende budget" (55007862C)
- John Crombez aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De voor de berekening van het aantal besmettingen gebruikte methodologie" (55007868C)
- Robby De Caluwé aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De cijfers op het vlak van besmettingen" (55007872C)
- Thierry Warmoes aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De doorbraak in de behandeling van COVID-19 dankzij dexamethasone en het gebruik daarvan in ons land" (55007875C)
- Hervé Rigot aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De langetermijngezondheidseffecten van COVID-19" (55007877C)
- Thierry Warmoes aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het groeiend aantal gezondheidsklachten van COVID-patiënten maanden na de diagnose" (55007878C)
- Thierry Warmoes aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Het actieplan voor een eventuele tweede besmettingsgolf van het coronavirus" (55007879C)
- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De coronacrisis" (55007887C)
- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "COVID-19 en de maatregelen met betrekking tot toeristen" (55007888C)
- Catherine Fonck aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De compensatie van het financiële verlies dat de ziekenhuizen door de coronacrisis hebben geleden" (55007893C)
- Karin Jiroflée aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Testing en luchtvaart" (55007273C)
- Jessika Soors aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De temperatuurcontroles op Brussels Airport" (55007277C)
- Michel De Maegd aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Het onderzoek naar het informatieveiligheidscomité in het kader van het COVID-19-contactonderzoek" (55007302C)
- Khalil Aouasti aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "Een transparant samenwerkingsakkoord zonder belangenconflicten in het kader van het contactonderzoek" (55007333C)
- Dominiek Sneppe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De zorgberoepen die kunnen rekenen op beschermingsmateriaal bij een 2de golf van COVID-19" (55007440C)
- Hervé Rigot aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De kwaliteit van de in België verkochte mondkmaskers" (55007459C)
- Karin Jiroflée aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De Europese samenwerking bij het aanbesteden van medische hulpmiddelen" (55007545C)
- Steven Matheï aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De temperatuurcontroles in Brussels Airport" (55007611C)

- Dominiek Snelpe aan Maggie De Block (Sociale Zaken, Volksgezondheid, Asiel en Migratie) over "De nota van de taskforce Shortages" (55007641C)
- Frieda Gijbels aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De groepsimmuniteit en de antistoffentests" (55007662C)
- Kathleen Depoorter aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De ATP-methode voor de mondklappers" (55007678C)
- Barbara Creemers aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Beschermingsmateriaal voor zelfstandige thuisverpleegkundigen" (55007829C)
- John Crombez aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "De voor de berekening van het aantal besmettingen gebruikte methodologie" (55007845C)
- Eliane Tillieux aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Onze coronatestcapaciteit" (55007856C)
- Sophie Rohonyi aan Philippe De Backer (Digitale Agenda, Telecommunicatie en Post) over "Het gebruik van niet-conforme FFP2-maskers door het zorgpersoneel" (55007895C)

13 COVID-19: débat d'actualité et questions jointes de

- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le score pour la Belgique en ce qui concerne son approche de la crise du coronavirus" (55007276C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les 'données erronées' de Sciensano" (55007282C)
- Yoleen Van Camp à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La crise du coronavirus et le bonus pour le personnel soignant" (55007284C)
- Yoleen Van Camp à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le coronavirus et l'évaluation de la nomenclature pour les soins infirmiers à domicile" (55007285C)
- Yoleen Van Camp à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les numéros de nomenclature pour les soins infirmiers à domicile dans le cadre du COVID-19" (55007286C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'avancée concernant le traitement de la COVID-19 par la dexaméthasone et son usage dans notre pays" (55007300C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le nombre croissant de problèmes de santé chez des patients COVID des mois après le diagnostic" (55007324C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'ARN du virus COVID-19 dans les eaux usées" (55007340C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le rôle de M. F. Robben" (55007347C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19" (55007353C)
- Dominiek Snelpe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'aide apportée aux dentistes et autres prestataires de soins en raison du coronavirus" (55007358C)
- Dominiek Snelpe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le remboursement rétroactif du supplément corona payé chez les prestataires de soins indépendants" (55007359C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les instructions données à la population pendant le déconfinement" (55007367C)
- Jan Bertels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le Fonds blouses blanches" (55007376C)
- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La sensibilisation aux mesures prises dans le cadre de la lutte contre le COVID-19" (55007386C)
- Wouter De Vriendt à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les masques buccaux d'Avrox" (55007397C)
- Patrick Prévot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le développement de vaccins contre le COVID-19 en Belgique" (55007407C)
- Hugues Bayet à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'avenir de l'Europe de la Santé à la suite de la pandémie de COVID-19" (55007411C)
- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'augmentation des ventes de médicaments en ligne depuis le début de la crise du COVID-19" (55007456C)
- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le port du masque dans les magasins" (55007457C)
- Sofie Merckx à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le plan

d'action face à une deuxième vague du coronavirus" (55007470C)

- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La détection du COVID-19 dans les eaux usées" (55007481C)
- Magali Dock à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les conséquences durables pour la santé des patients ayant contracté une forme modérée de COVID-19" (55007534C)
- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le nombre de contaminations au coronavirus" (55007540C)
- Leen Dierick à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La prévention d'une nouvelle pandémie" (55007565C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le nouveau virus "G4"" (55007626C)
- Steven Creyelman à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Un nouveau virus de grippe porcine" (55007631C)
- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Un vaccin contre la COVID-19" (55007636C)
- Steven Creyelman à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le coronavirus et le coût du remdesivir" (55007639C)
- Steven Creyelman à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le coronavirus et le remdesivir" (55007640C)
- Caroline Taquin à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19 et la vaccination contre la grippe saisonnière" (55007645C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les vaccins et la mutation du virus" (55007679C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le plan de vaccination européen" (55007680C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le plan de vaccination contre la COVID et la grippe" (55007681C)
- Kathleen Depoorter à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'avis de l'EMA relatif au remdesivir" (55007682C)
- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Un inventaire des foyers de contamination (clusters)" (55007686C)
- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'assouplissement des mesures liées au coronavirus pour les soirées dansantes" (55007687C)
- Nawal Farih à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le soutien psychologique aux soignants" (55007701C)
- Isabelle Galant à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le reconfinement localisé" (55007725C)
- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le potentiel futur vaccin contre le COVID-19" (55007749C)
- Patrick Prévot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La vaccination contre le pneumocoque" (55007753C)
- Nawal Farih à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les stocks de remdesivir" (55007754C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les soins transfrontaliers pendant la crise du COVID-19" (55007778C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La consommation de médicaments" (55007782C)
- Valerie Van Peel à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le relèvement de l'âge maximum pour la PMA en raison de la crise du coronavirus" (55007781C)
- Dominiek Sneppe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les gels désinfectants pour les mains" (55007800C)
- Karin Jiroflée à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le délai pour la procréation médicalement assistée et la crise du coronavirus" (55007801C)
- Sophie Rohonyi à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La découverte d'un virus de grippe porcine" (55007807C)
- Barbara Creemers à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La malnutrition et le COVID-19" (55007830C)
- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Un nouveau virus de grippe porcine" (55007840C)

- Frieda Gijbels à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le nombre de prestataires de soins contaminés" (55007842C)
- Laurence Hennuy à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La détection du COVID-19 dans les eaux usées" (55007850C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les médicaments contre le COVID-19" (55007855C)
- Patrick Prévot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La gestion du stock stratégique de masques de l'UE" (55007861C)
- Eliane Tillieux à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La procédure pour la mise en oeuvre de l'application mobile COVID-19 et le budget y afférent" (55007862C)
- John Crombez à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La méthodologie utilisée pour calculer le nombre de contaminations" (55007868C)
- Robby De Caluwé à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les chiffres concernant les contaminations" (55007872C)
- Thierry Warmoes à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "L'avancée concernant le traitement de la COVID-19 par la dexaméthasone et son usage dans notre pays" (55007875C)
- Hervé Rigot à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19 'longue durée'" (55007877C)
- Thierry Warmoes à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le nombre croissant de problèmes de santé chez des patients COVID des mois après le diagnostic" (55007878C)
- Thierry Warmoes à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le plan d'action face à une deuxième vague du coronavirus" (55007879C)
- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La crise du COVID-19" (55007887C)
- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Le COVID-19 et les touristes" (55007888C)
- Catherine Fonck à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La compensation de la perte financière des hôpitaux en raison du COVID-19" (55007893C)
- Karin Jiroflée à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le dépistage dans le secteur de l'aviation" (55007273C)
- Jessika Soors à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Les prises de température à Brussels Airport" (55007277C)
- Michel De Maegd à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'enquête concernant le comité de sécurité de l'information dans le cadre du traçage du COVID-19" (55007302C)
- Khalil Aouasti à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Un accord de coopération transparent et sans conflit d'intérêts dans le cadre du tracing" (55007333C)
- Dominiek Snelpe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "Les professions de soins qui recevront du matériel de protection en cas de 2e vague de COVID-19" (55007440C)
- Hervé Rigot à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "La qualité des masques vendus en Belgique" (55007459C)
- Karin Jiroflée à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "La collaboration européenne dans le cadre de l'adjudication de dispositifs médicaux" (55007545C)
- Steven Matheï à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Les prises de température à Brussels Airport" (55007611C)
- Dominiek Snelpe à Maggie De Block (Affaires sociales, Santé publique, Asile et Migration) sur "La note de la task force Shortages" (55007641C)
- Frieda Gijbels à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'immunité collective et les tests d'anticorps" (55007662C)
- Kathleen Depoorter à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "La méthode ATP pour les masques de protection" (55007678C)
- Barbara Creemers à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Le matériel de protection pour les infirmiers à domicile indépendants" (55007829C)
- John Crombez à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "La méthodologie utilisée pour calculer le nombre de contaminations" (55007845C)
- Eliane Tillieux à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "Nos

capacités de dépistage du COVID-19" (55007856C)

- Sophie Rohonyi à Philippe De Backer (Agenda numérique, Télécommunications et Poste) sur "L'utilisation de masques FFP2 non conformes par le personnel soignant" (55007895C)

13.01 **Frieda Gijbels** (N-VA): *Mevrouw de minister, The Economist Intelligence Unit, het studiebureau van "The Economist Group", publiceerde een white paper over de aanpak van de coronacrisis door 21 OESO landen. Er werd een index ontwikkeld, die verschillende factoren bundelde. Enerzijds bevat deze index factoren die te maken hebben met een goede aanpak van de epidemie (aantal tests, het kunnen blijven verstrekken van nonCovid-gerelateerde zorgen en de oversterfte), anderzijds worden een aantal inherente risicofactoren in de schaal geworpen (grootte van de populatie van 65-plussers, prevalentie van overgewicht en de intensiteit van internationaal verkeer).*

Uit die index blijkt dat we de allerlaagste score krijgen van die 21 landen.

Australië, Oostenrijk, Denemarken, Duitsland, IJsland, Israël, Nieuw-Zeeland en Noorwegen lieten de hoogste scores optekenen. De redenen: weinig oversterfte, een soliede testing en tracing en de aangehouden gezondheidszorg voor nonCovid pathologie.

Het is niet het eerste rapport dat België een slechte score geeft met betrekking tot de aanpak van deze epidemie.

Vandaar volgende vragen:

Hebt u kennis genomen van dit rapport?

Wat is volgens u de hoofdoorzaak van de slechte score?

Bent u van plan om hieraan te remediëren en op welke manier?

Heeft u contact genomen met uw collega's uit landen die de crisis beter hebben doorstaan om te overleggen? Zo ja, met welke landen en wanneer?

Waarom werd er in deze crisis niet teruggegrepen naar het pandemieplan van 2006?

Mevrouw de minister,

Op het moment dat deze vraag wordt ingediend (18/06) blijkt er sprake te zijn van foutieve data bij Sciensano. Er zou een verdubbeling zijn van het aantal besmettingen en dit wordt in twijfel getrokken. Er zou mogelijk een contaminatie zijn met foutieve data.

In het actuadebat van 9 juni vroeg ik expliciet om ons in detail uit te leggen hoe de dataverzameling en -verwerking van de data door Sciensano in zijn werk gaat.

Ook diende ik op 25 mei een vraag in over de dataverwerking door Sciensano, aangezien er toen een misverstand was over besmettingen in Limburg. Toen zou er een vergissing zijn gebeurd door de data van serologische tests mee op te nemen in de tellingen.

Beide vragen werden niet beantwoord.

Bij het nalezen van de verslagen van de RMG (die ik uiteindelijk te pakken kreeg), blijkt dat die dataverzameling al van in het begin moeizaam verliep. Ook in het begin van de crisis was er sprake van een dubbele datastroom, van data via de KUL en via Sciensano.

Ik stel de vraag dan ook graag nog eens opnieuw:

Is de oorzaak van het probleem uitgeklaard?

Op welke manier verzamelt Sciensano de data?

Van welke bronnen zijn de data afkomstig?

Op welke manier worden de data verwerkt?

Worden de serologische tests apart geregistreerd en waar kunnen we die gegevens vinden?

Op welke manier wordt de juistheid van de data gecontroleerd?

Wordt er een structurele controle gedaan op de binnenkomende data of enkel als er "outliers" zijn?

Mevrouw de minister,

Volgens nieuwsberichten zou er zich al in december 2019 RNA van het Covid19 virus in het Italiaanse afvalwater hebben bevonden. Dit zou betekenen dat het virus al maanden langer dan gedacht op het Europese continent aanwezig was.

Vandaar volgende vragen:

Doen wij ook een monitoring van ons afvalwater in het kader van Covid19?

Indien wel:

In welk kader wordt deze monitoring gebruikt en aan wie wordt dit gerapporteerd?

Vormt dit onderdeel van de evaluatie van de omvang van de besmetting en een eventuele terugval van de spreiding en dus ook de exitstrategie?

Sinds wanneer wordt er gemonitord i.k.v. Covid19?

Kan er ook teruggekeken worden naar stalen van het najaar van 2019 en werd dat al gedaan? Zo ja, wat zijn de resultaten?

Indien niet:

Waarom niet?

Zal het alsnog worden uitgevoerd om terug te kijken naar het begin van de besmetting en/of om de spreiding van het virus te kunnen opvolgen?

Mevrouw de minister,

Naar aanleiding van het artikel dat in het Franstalige blad "Wilfried" verscheen over de rol van dhr. Frank Robben, diende ik al vragen in over de hoedanigheid van het Informatieveiligheidscomité.

Uit het artikel blijkt dat hij meerdere functies bekleedt. Zo is hij onder andere administrateur-generaal van de KSZ en CEO van Smals, leverancier van ICT-diensten aan de publieke sector (onder meer de sociale zekerheid en gezondheidszorg). Hij is nu ook betrokken is bij het oprichten van de databank voor contactopsporingsonderzoek die beheerd wordt door Sciensano.

Daarom heb ik nog een aantal bijkomende vragen voor u:

1. Welke rol speelt de administrateur-generaal van de KSZ in het opstellen van het samenwerkingsakkoord dat de wettelijke basis moet bieden voor de databank van Sciensano?
2. Welke rol speelt de administrateur-generaal van de KSZ in het beheer van de databank van Sciensano?
3. Welke rol speelt de administrateur-generaal van de KSZ in het opstellen van het juridisch kader in verband met de tracing apps?
4. Hoe zal de minister ervoor zorgen dat het lastenboek voor de ontwikkeling van een tracing-app en de ontwikkeling van de app zelf niet door dezelfde organisatie worden gedaan?

Er is beslist om geen dagelijkse update meer te geven over nieuwe besmettingen. In combinatie met de versoepelde maatregelen, lijkt dat de urgentie om alert te zijn bij velen weg te halen.

Getuige daarvan zijn de bijeenkomsten bijvoorbeeld in Brussel, maar ook elders komen mensen samen, worden de afstandsregels vaak met de voeten getreden en lijkt het alsof er geen gevaar meer is voor besmettingen.

De aanbevelingen om een mondkapje te dragen wanneer je in het openbaar begeeft, blijken niet aan te slaan.

Huisartsen slaan alarm omdat mensen zich er niet van bewust zijn dat je het huis niet mag verlaten met symptomen, ook al zijn die licht.

Het is nu echter van het grootste belang dat we elke nieuwe infectiehaard snel op het spoor zijn. Nonchalance kunnen we ons niet permitteren, willen we een tweede lockdown en een tweede overspoeling van onze gezondheidszorg voorkomen.

Vandaar mijn vragen:

Acht u het nodig om de dagelijkse rapportering aan te houden of denkt u dat dit niet zinvol is?

Welke initiatieven werden al genomen en zullen nog worden genomen om mensen te blijven informeren, responsabiliseren en motiveren?

Gezien de uitgestelde zorg van verschillende maanden, is het belangrijk dat we onze zorgverstrekkers optimaal blijven beschermen en ontlasten. In die zin lijken duidelijke en herhaalde richtlijnen noodzakelijk, om patiënten bewust te maken van de impact van een mogelijke Covid besmetting en het belang om thuis te blijven. Wordt er overlegd met artsorganisaties hoe dit best wordt aangepakt?

Geachte mevrouw de minister

Onderzoekers hebben in China de stam van een varkensgriepvirus ontdekt dat alle kenmerken heeft om een nieuwe pandemie te veroorzaken, aldus het wetenschappelijke vakblad PNAS. Tussen 2011 en 2018 werden 30.000 stalen bij varkens afgenomen, verdeeld over slachthuizen en een dierenkliniek in 10 Chinese provincies. Daaruit kon men 179 varkensgriepvirussen isoleren.

De virussen kregen de naam G4 en zijn genetisch verwant met de H1N1-stam die in 2009 tot een pandemie leidde. Diverse proeven in laboratoria tonen aan dat de virussen in staat zijn zich snel aan te passen en de mens te infecteren. De onderzoekers stelden ook vast dat de G4-virussen tot meer infecties leidden, zich vermenigvuldigden in menselijke cellen en bij fretten alvast ergere symptomen veroorzaakten dan andere stammen. Voorts blijkt dat de immuniteit die wordt verkregen na contact met menselijke seizoensgriepvirussen niet beschermt tegen G4.

Het onderzoek wees uit dat een groot aantal arbeiders die met de varkens werken geïnfecteerd werden; meer dan 10% van hen bleek over antilichamen tegen het virus te beschikken.

De wetenschappers vermoeden bijgevolg dat het virus al op de mens is overgedragen en vrezen dan ook het moment dat het virus van mens op mens wordt overgedragen. Viroloog Steven Van Gucht bevestigde in dat kader dat griepvirussen circa om de 20 jaar een pandemie veroorzaken, en dat het betrokken varkensgriepvirus om diverse redenen een ernstige kandidaat daarvoor is, gezien het virus al sedert 2016 circuleert bij varkens in China en de reeds circulerende seizoensgriepvirussen of gebruikte griepvaccins bij

de mens weinig kruisbescherming geven.

In dat kader stel ik mij volgende vragen:

- Wordt er in ons land gecontroleerd op de aanwezigheid van G4 virussen of andere virussen in de varkenssector?
- Worden de nodige voorzorgsmaatregelen geïmplementeerd? Zo neen, waarom niet?
- Wordt er in ons land, net zoals in China, werk gemaakt van een systematische screening en monitoring van mensen die op regelmatige basis in contact komen met varkens of andere dieren?
- Wordt er reeds actie genomen m.b.t. onderzoek naar het varkensgriepvirus en/of andere virussen die circuleren bij dieren die in contact staan met de mens, de overdraagbaarheid ervan en bijhorende vaccins en geneesmiddelen voor varianten die schadelijk kunnen zijn voor de mens, met het oog op een eventuele pandemie?

Mevrouw de minister,

Ik diende deze vraag een maand geleden ook al in, u meldde me tijdens de mondelinge vragen sessie dat u het antwoord schriftelijk zou bezorgen, maar ik heb, tenzij ik iets heb gemist, nog niets mogen ontvangen. Daarom stel ik de vraag graag opnieuw.

Uit recent onderzoek, uitgevoerd door Sciensano en het ITG, blijkt dat begin mei 8,4% van de gezondheidswerkers in Belgische ziekenhuizen antilichamen heeft voor Covid19.

Wat ik echter niet meteen vind, is het totale aantal zorgverstrekkers dat in deze Coronacrisis aangemeld werd als Covid19 positief (dus, naast de zorgverstrekkers in de ziekenhuizen, ook de zorgverstrekkers en zorgkundigen in ambulante praktijken, in woonzorgcentra en dergelijke).

Dezen zouden normaliter immers apart geregistreerd moeten zijn.

Daarom vraag ik graag via deze weg:

Het aantal Covid19 positieve zorgverstrekkers in België, uitgesplitst per provincie

Het aantal Belgische zorgverstrekkers dat overleden is ten gevolge van Covid19, ook graag uitgesplitst per provincie

Geachte heer de minister,

Uit recent onderzoek blijkt dat antistoffen, die covid-patiënten tijdens een infectie met het nieuwe coronavirus aanmaken, twee tot drie maanden na hun herstel alweer uit hun bloed beginnen te verdwijnen.

Het is niet duidelijk of dit ook impact heeft op een (eventuele tijdelijke) immuniteit, maar het maakt het wel moeilijker om de verspreidingsgraad van het virus vast te stellen.

In dat kader heb ik volgende vragen:

Welke impact heeft de aanwezigheidsgraad van antistoffen op de maatregelen en exit strategie van de overheid? Hebben antistoffentests nog een rol in het bepalen van de besmettingsgraad?

Welke impact heeft deze kennis op de testing strategie, met name op de bestellingen en aanwending van antistoffentests? Welke rol zullen antistoffentests nog spelen in de toekomst?

In welke mate wordt de rol van geheugencellen en T-cellen/killer-cellen momenteel onderzocht in de strijd tegen Covid19? Welke rol zal dit spelen in de exit-strategie?

Zijn de mogelijkheden en capaciteit voorhanden om de aanwezigheid van dergelijke cellen door middel van pragmatische en/of snelle testen aan te tonen? Is hier reeds een plan van aanpak uitgestippeld?

Ik heb nog een aantal bijkomende vragen, vooral gericht aan minister De Block.

Mevrouw de minister, er zijn sinds kort geen dagelijkse updates van de besmettingscijfers meer. Er zijn wel weekgemiddeldes. Er wordt uitgelegd dat zulks wordt gedaan om het weekendeffect uit te vlakken en een beter beeld te krijgen. Dat maakt echter dat het signaal trager opgepikt wordt bij een stijging van het aantal besmettingen. Experts zullen een eventuele stijging wel zien, maar voor de bevolking is dat minder snel duidelijk. Dat is niet goed voor de alertheid van de burgers. Acht u het nuttig om de dagelijkse cijfers opnieuw weer te geven?

Welke cijfers worden precies op de website van Sciensano gepresenteerd? Ik hoor immers dokter Vlieghe over meer dan 130 besmettingen spreken, maar ik vind dat cijfer niet direct terug in de ruwe data, die op de website van Sciensano worden weergegeven. Welke data zijn dat precies?

Het aantal besmettingen lijkt wat te stijgen. Is er een zicht op de aard van de besmettingen? Gaat het om besmettingen die wij voordien niet detecteerden? Gaat het om besmettingen bij personen die geen symptomen vertonen? Hoe moeten wij dat aantal interpreteren? Wordt een en ander ook effectief nagegaan?

Ik hoor ook dat de databank blijkbaar traag werkt en dat dat euvel pas eind augustus 2020 verholpen zal zijn, wat mij vrij laat lijkt te zijn. De zomervakantie is dan immers al achter de rug. Wij rekenen er natuurlijk ook op dat in september 2020 de scholen opnieuw kunnen openen en dat de economie zo goed mogelijk kan heropstarten. Wij hopen kortom dat de situatie opnieuw onder controle is. Wij mogen die heropstart niet verknoeien door tijdens de vakantieperiode laks te zijn. Zult u erop aandringen dat het probleem met de databank sneller wordt aangepakt?

Ik heb ook nog een vraag over de oranje en rode zones in het buitenland. De raadgevingen en de richtlijnen ter zake zijn alweer veranderd. Ik merk dat de artsen het nog moeilijk kunnen volgen en dat zij beginnen te zuchten wanneer er nog maar eens nieuwe richtlijnen komen. Wij moeten erover waken dat wij het draagvlak bij de artsen niet verliezen en dat wij ze allemaal meekrijgen met de richtlijnen. Hoe moeten wij een en ander interpreteren?

Wordt concreet ook rekening gehouden met het feit dat iemand die op vakantie was in een rood gebied, op hetzelfde vliegtuig kan zitten als iemand die op vakantie was in een groen gebied? Hoe komt men dat te weten? Worden er in dat verband maatregelen genomen?

Op het vlak van het detecteren van lokale uitbraken is er blijkbaar nog wat werk aan de winkel. Toen ik u vorige week daarnaar vroeg, bleek de controletoren nog niet volledig operationeel te zijn. Wanneer mogen wij dat wel verwachten?

Ik hoorde een ambtenaar die bevoegd is voor de databank, vanochtend op de radio over casemanagers spreken. Is dat project uitgewerkt? Op welk niveau zal het worden aangestuurd?

Ten slotte, zijn wij klaar om bepaalde gemeenten in lockdown te plaatsen, als dat nodig blijkt?

13.02 Kathleen Depoorter (N-VA): *Mevrouw de minister,*

Vanuit China komen reeds waarschuwingssignalen omtrent een nieuw virus, 4G genaamd, volgens Steven Van Gucht in de krant Het Nieuwsblad.

Mijn vraag :

- Zal er reeds provisoir een basisvaccin ontwikkeld worden?

Mevrouw de minister,

Onderzoek wees uit de antistoffen tegen covid-19 sneller dan gedacht verdwijnen uit het bloed van de patiënten.

Dit zou eventueel kunnen wijzen op een korte immuniteit.

Tegelijkertijd bereiken ons geruchten dat het virus dat nu rondgaat in andere werelddelen ondertussen gemuteerd is naar een meer besmettelijke maar minder dodelijke variant.

Hoe wordt hierop ingespeeld bij de zoektocht naar een vaccin?

Brengt deze informatie de snelle productie in gevaar?

Mevrouw de minister,

De zoektocht naar een vaccin tegen het Sars-Cov-2 virus draait op volle toeren.

Ondertussen wordt een vaccin uitgetest in ons land.

U heeft de keuze gemaakt om ons land niet te laten aansluiten bij de alliantie van een aantal Europese landen die het voortouw nemen in de zoektocht naar een vaccin en al een contract afgesloten hebben met een mogelijke producent.

Kan u mij zeggen hoever het staat met de concrete uitwerking van het vaccinatieplan op Europees vlak waar u wel ingestapt bent op dit moment?

Is er ondertussen een verdeelsleutel afgesproken?

Zijn er prijsafspraken?

Mevrouw de minister,

Graag had ik van u de stand van zaken van uw vaccinatieplan vernomen.

Is er een vaccinatieplan?

Hoe zal de verdeling van de vaccins verlopen?

Had u al overleg met de artsen verenigingen en de apothekersbond hieromtrent?

Welke prioritaire doelgroepen worden gespecificeerd voor het eventuele corona vaccin?

Koppelt u de risicogroepen voor vaccinatie tegen de seizoensgriep aan die voor corona?

Is er ondertussen een oplossing voor het verwachte tekort aan griepvaccins ?

Voorziet u in samenspraak met de artsen en apothekers een stappenplan om er zeker van te zijn dat de vaccins bij de effectieve risicopatiënten komen?
Kunnen medische arbeidsdiensten dit jaar hun diensten aan bedrijven aanbieden?

Mevrouw de minister,
Het Europees Geneesmiddelenagentschap (EMA) heeft een positief advies afgeleverd voor de behandeling van Covid-19-patiënten die ouder zijn dan twaalf jaar.
Als gevolg daarvan heeft de Europese Commissie een voorlopige marktautorisatie verleend aan remdesivir.
Het is het eerste medicijn dat op Europees niveau wordt toegelaten voor de behandeling van Covid-19.
Hoe gaat de Belgische regering verder in het dossier van remdesivir.
Zal u een versnelde procedure gebruiken om remdesivir op de markt te krijgen voor onze patiënten?
Zijn er Europese prijsafspraken met de producent?
Wordt de terugbetaling voorzien?

Meneer de minister,
De aankoop van mondmaskers verliep zoals we allemaal weten niet vlekkeloos.
U nam deze bevoegdheid over van uw collega minister De Block toen al een aantal stappen waren gezet en er ook ladingen aan mondmaskers onderweg waren naar ons land.
Graag had ik het volgende van u vernomen:
Kan u mij de modaliteiten meegeven die op de bestelbon van mondmaskers stonden gespecificeerd?
Kan u ook de verschillen duiden tussen de periode waarin de diensten van de FOD de aankopen deden en de periode van de taskforce?
Waren er in de periode tot de taskforce de functie overnam andere technische specificaties ? Werden die ook vermeld?
Zijn er problemen gesignaleerd bij de overgang tussen de methode van minister De Block en de methode van de taskforce?
Zijn de leveranciers van mondmaskers waar in de eerste periode mee in zee is gegaan en waar , toen de taskforce het roer overnam en overging tot de ATP methode , op de hoogte gebracht van de nieuwe kwaliteitseisen ?
Waren er nog loten onderweg naar ons land onder de "oude" voorwaarde die dan plots niet meer voldeden aan de "nieuw" ATP methode?
Zijn daar geschillen over opgetreden?

Mijnheer de minister, mevrouw de minister, dan kom ik tot de vragen die ik met u zou willen overlopen.

De eerste vraag gaat over de vaccinatie tegen COVID-19 in combinatie met het griepvaccin. Hoeveel staat het met het Europese vaccinatieplan, waarnaar u verwezen hebt in vorige commissievergaderingen? Wat is de afgesproken verdeelsleutel? Hoe zit het met de prijsafspraken daaromtrent? Zullen onze burgers over het vaccin kunnen beschikken?

Wij hebben vernomen van een producent van spuitjes dat er 400 miljoen spuitjes zijn opgekocht door de Verenigde Staten. Is dit juist of niet? Hebt u daarvan weet? Verwacht u dat er een tekort aan spuitjes zal zijn voor de verdeling en toediening van het vaccin, eens het effectief klaar is? Zullen onze burgers over voldoende spuitjes kunnen beschikken?

13.03 Minister **Maggie De Block**: U bent over twee vaccins bezig. Met betrekking tot welk vaccin vraagt u of er voldoende spuitjes zullen zijn? Hebt u het over het griepvaccin, dat reeds in productie is, of over het COVID-19-vaccin, dat nog niet eens ontwikkeld is? Dat zou ik graag weten.

13.04 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Ik verwijst naar het feit dat de Verenigde Staten 400 miljoen spuitjes heeft aangekocht bij een Belgische producent voor een eventueel COVID-19-vaccin, dat nog verdeeld moet worden. Bent u daarvan op de hoogte? Zult u dat onderzoeken? Zult u daaromtrent stappen zetten?

Dan kom ik aan het griepvaccin.

Mevrouw de minister, het zal inderdaad zeer belangrijk zijn om onze patiënten te vaccineren tegen de griep. Ook de artsen hebben daarnaar verwezen, onlangs in een publicatie. Er zijn 2,9 miljoen griepvaccins beschikbaar voor de Belgische markt, zo heb ik vanochtend vernomen. Er zijn 3 miljoen risicopatiënten. Zult u de verdeling van die vaccins faseren, ja of neen?

Wij hebben ook vernomen dat de bedrijfsgeneeskundige diensten veel grotere aanvragen hebben voor vaccinatie. Iedereen weet dat in bedrijven zowel risicopatiënten als niet-risicopatiënten werken. Zult u een aanbeveling of een richtlijn geven om ervoor te zorgen dat er gefaseerd wordt gevaccineerd, ter wille van de risicopatiënten en de mensen in de zorg, de mensen die absoluut moeten worden gevaccineerd voor het griepseizoen, in het kader van een eventuele tweede COVID-19-besmettingsgolf. Bent u bereid om vóór 15 november de risicogroepen te vaccineren en om na 15 november de andere mensen de mogelijkheid te geven om gevaccineerd te worden? Zult u overgaan tot de registratie van zowel het vaccin tegen COVID-19 als het griepvaccin? In de opvolging van de patiënten bij een nieuwe golf zal dit immers zeer belangrijk zijn.

Dan kom ik aan de tests. Ik heb van huisartsen vernomen dat er op dit moment opnieuw geen *swabs* beschikbaar zijn om nasofaryngeale tests uit te voeren. Op dit moment krijgen zij richtlijnen om de test in de keel af te nemen en in tweede instantie, met dezelfde test, nog eens in de neus te proberen. Is dit wetenschappelijk gefundeerd? Het wordt verspreid met een vermelding van de gegevens van Sciensano. Bent u daarvan op de hoogte? Zult u de huisartsen begeleiden bij die tests? Wij hebben immers ook vernomen dat er een grote bezorgdheid is bij de huisartsen dat er niet voldoende tests zullen zijn in het najaar, wanneer de mensen ziek beginnen te worden en verkouden zijn.

Mevrouw de minister, dan heb ik een vraag over remdesivir. Het EMA heeft een positief advies gegeven. Zult u overgaan tot een versnelde procedure om remdesivir op de Belgische markt te krijgen? Zijn er prijsafspraken gemaakt met de producent en wordt er in een terugbetaling voorzien?

Minister De Backer, inzake de ATP-methode voor de mondmaskers hebben wij meldingen gekregen van enkele producenten, bij wie u in eerste instantie bestellingen had geplaatst en met wie u afspraken had gemaakt over de kwaliteit van de mondmaskers. Met de invoering van de ATP-methode zijn die afspraken veranderd.

Mijnheer de minister, waren de producenten daarvan op de hoogte? Zijn er geschillen met die producenten? Waren er nog loten mondmaskers naar ons land onderweg toen de nieuwe ATP-methode in voege trad?

13.05 Barbara Creemers (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, met mijn vraag kom ik op een onderwerp dat wij al enkele keren besproken hebben, met name voeding na een coronabesmetting, waarop u al uitvoerig hebt geantwoord. De Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten voelt zich niet gehoord in dit dossier, terwijl u in een vorige commissievergadering hebt gezegd dat u dit met de Beroepsvereniging van Diëtisten besproken had.

Daarom kom ik even terug op het model in Nederland, waar een patiënt, los van de opvolging door een revalidatiecentrum, binnen de vier dagen een diëtist op bezoek krijgt die samen met de patiënt in kaart brengt of een aangepast voedingspatroon in de revalidatieperiode nodig is. Dat blijkt heel goede resultaten op te leveren. De Vlaamse Beroepsvereniging van Diëtisten wil daarover heel graag met u in gesprek gaan, maar krijgt u niet te pakken op dat vlak. Mevrouw de minister, staat u voor die suggestie open? Hoe ziet u een en ander verder?

Een vraag die ik zondag ingediend heb, is niet opgenomen in de lijst vragen in dit actualiteitsdebat, maar ik wil de vraag toch stellen. De zelfstandige verpleegkundigen konden een coronasupplement aanrekenen, maar die aanrekening blijkt volgens het RIZIV of vanwege een softwareprobleem voor hen nog altijd niet mogelijk te zijn. De zelfstandige verpleegkundigen zijn nochtans al wekenlang meer aan het werk in erg moeilijke omstandigheden. Zij vragen zich af waar het dossier vastzit en hoe het komt dat zij het supplement nog altijd niet kunnen aanrekenen.

Collega Gijbels sprak al over de kaart met oranje zones, waaromtrent het advies voortdurend wijzigt. Eerst werd gesteld dat wie uit een oranje zone terugkomt, het advies krijgt om een test te laten uitvoeren en in quarantaine te gaan, zonder verplichting. Gisterenavond werd dat advies bijgesteld. Buitenlandse Zaken geeft namelijk een ander advies dan wij tot nu toe gehoord hebben. Daarin speelt de term "verhoogde waakzaamheid". Mevrouw de minister, kunt u voor ons opheldering brengen? Het is mij namelijk zelf niet meer duidelijk wat nu het juiste advies is.

De jongste dagen hoor ik veel ongerustheid over het stijgend aantal besmettingen. Onder de kerktoeren wordt gezegd dat die stijging wordt veroorzaakt door al die mensen die terugkomen uit het buitenland. Ik weet dat wij heel moeilijk in kaart kunnen brengen waar die besmettingen werden opgelopen. Op de radio hoorde ik vanmorgen een interessante analyse, waarbij werd gesteld dat twee weken geleden de laatste

versoepelingen zijn ingegaan en ook de zomervakantie is begonnen, waardoor de huidige stijging wellicht kan worden verklaard. Kan die stelling onderbouwd worden? Is de oorzaak van de stijging bekend? Kan er desgevallend ingegrepen worden waar de besmettingen stijgen?

Inzake het griepvaccin treed ik collega Depoorter bij. Houden we rekening met het COVID-effect? Zullen we voldoende hebben? Als het zes maanden duurt om het te produceren, dan zijn we nu al te laat als we het willen bijspijkeren. Is er voldoende besteld en kan er nog bijgestuurd worden, mocht dat nodig zijn?

Ik heb nog twee specifieke vragen voor de heer De Backer.

De zelfstandige verpleegkundigen melden dat zij nog altijd niet weten hoe ze aan beschermingsmateriaal uit de stock kunnen geraken. Het is hen helemaal niet duidelijk hoe dat voor hen geregeld wordt.

Ik deel ook de bezorgdheid over het testen, want ik hoor dat we er tot 50.000 per dag nodig zouden hebben om de tweede golf te kunnen beheersen. Kunnen we dat aan in een veranderend landschap, waarin de hele wereld heel veel reagentia nodig heeft? Wordt daaraan deze zomer gewerkt? Hoe staat dat dossier ervoor?

13.06 Eliane Tillieux (PS): Monsieur le président, je poserai les questions n^{os} 55007856C, 55007778C, 55007782C, 55007855C et 55007862C.

Monsieur le ministre, je commencerai par la capacité de dépistage du COVID-19.

L'Université de Liège estime pouvoir mettre en place à elle seule une capacité automatisée de 50.000 à 60.000 tests par jour, sur la base d'une filière d'approvisionnement wallonne. Un niveau sans égal au monde, qui permettrait de tester chaque jour la population de Wallonie. Si le même centre apparaît en Flandre, ce serait tout le pays qui serait couvert sans problème.

Le prélèvement ne serait plus naso-pharyngé avec un écouvillon, comme aujourd'hui, mais reposerait sur un échantillon de salive déposé, dans un tube adapté. Plus besoin, donc, de personnel qualifié.

Ce kit d'auto-prélèvement permettra dans le même temps, grâce à un liquide dédié qui sera délivré dès que le tube sera refermé, de simplifier aussi l'étape de l'inactivation du virus. Au final, cette méthode permettra non seulement de démultiplier la capacité de tests, mais aussi de diminuer les coûts.

Monsieur le ministre, comptez-vous utiliser cette capacité de dépistage? Sera-t-elle exploitée et, si oui, à partir de quand? Qu'est-il prévu au niveau du dépistage pour les vacances d'été et la circulation des citoyens européens? Sommes-nous prêts à effectuer un dépistage massif si cela s'avérerait nécessaire?

Un test PCR complet de laboratoire remboursé par l'INAMI s'élève à 48 euros, ceux des centres agréés par la plate-forme fédérale sont de 28 euros. Comment anticipez-vous les coûts futurs du dépistage dans la population?

Madame la ministre, en ce qui concerne les soins transfrontaliers, nous savons de longue date que des fonds européens investissent pour favoriser la mobilité en santé dans les zones transfrontalières. Cela s'est aussi traduit dans des programmes Interreg successifs. À titre d'exemple, nous pouvons citer bien sûr des accords entre la Belgique et les Pays-Bas, mais aussi ceux avec la France.

À cet égard, avez-vous constaté des problématiques liées à l'accès aux soins suite à la fermeture des frontières? Avez-vous objectivé des répercussions pour les patients qui résident près des frontières? Dans l'affirmative, quelles mesures ont été mises en place?

L'accessibilité aux structures sanitaires transfrontalières – qu'elles soient construites ou non dans un esprit de coopération mûrement réfléchi et concertée – répond à des besoins non couverts ou insuffisamment pris en charge par notre système national et devrait donc être préservée, quelles que soient les circonstances. Pensez-vous mettre en œuvre des mesures afin de garantir l'ouverture des zones transfrontalières dans le domaine de la santé, en toutes circonstances?

Les différents pays n'ont pas appliqué les mesures de confinement de la même manière, comment dans ces circonstances garantir cette coopération? Ne devrait-on pas arriver à un modèle plus intégré de bassins de soins transfrontaliers et dépasser le simple cadre de la coopération?

Madame la Ministre,

Des données de l'OCDE montrent que la Belgique figure parmi les pays à forte consommation de médicaments, tant sur prescription qu'en vente libre.

La polymédication représente 4.200 hospitalisations par an pour un coût de 200 millions € /an dont 50% sont potentiellement évitable. Encadrer la vente de ces médicaments est primordial. D'une part, pour améliorer la santé des patients en favorisant un usage rationnel et, d'autre part, pour permettre des économies en santé et éviter le gaspillage.

Madame la Ministre,

Qu'en est-il de la consommation des médicaments sur prescription et en vente libre en Belgique ? Avons-nous des chiffres récents pour les deux groupes et leur évolution au cours des dernières années?

Quel retour a-t-on sur le dossier pharmaceutique partagé qui permet de suivre l'évolution de la prise de médicaments des patients ? Ce dossier est-il systématiquement mis à jour entre une hospitalisation et le retour à domicile ?

Dans cette optique, pensez-vous réaliser une extension du partage digital des données de santé pertinentes pour l'exercice des compétences d'autres prestataires paramédicaux afin d'assurer un suivi optimal de la médication ?

Envisagez-vous d'étendre le système de tarification à l'unité comme c'est déjà d'application pour les résidents de longue durée des maisons de repos depuis 2015 ? Dans quelle mesure cela pourrait-être possible ou non ?

A titre d'exemple, la délivrance limitée de benzodiazépine pourrait réduire le risque d'accoutumance. Avec l'instauration en parallèle d'un remboursement pour une aide au sevrage, cela occasionnerait un gain pour la santé du patient ainsi que pour le budget des soins de santé. Ne doit-on pas envisager des délivrances limitées pour certains médicaments ?

Je vous remercie

Au sujet des médicaments contre le COVID-19 plus particulièrement, nous savons que la liste des médicaments potentiels contre le COVID-19 continue de se réduire: après l'hydroxychloroquine, les essais cliniques européens Solidarity et Discovery ont également abandonné le traitement lopinavir/ritonavir, jugé inefficace et suspecté d'effets indésirables. Pour l'heure, aucun n'a montré d'efficacité remarquable. Le remdesivir a obtenu le 3 juillet une autorisation de mise sur le marché conditionnelle au sein de l'Union européenne. Il réduit – semble-t-il – légèrement la durée de rétablissement des malades hospitalisés.

Avez-vous des informations concernant ces médicaments? Les utilise-t-on en Belgique? Si oui, quels en sont les retours? Allons-nous anticiper à nouveau des essais pour le traitement du COVID-19?

Allons-nous anticiper à nouveau des essais pour le traitement du COVID-19?

La dernière question concerne la mise en œuvre de l'application mobile de suivi, qui a une base légale aujourd'hui. Un marché public va-t-il être lancé pour le développement de l'application? À l'initiative de quel ministre ou de quelle entité? Dans quelle mesure les entités fédérées seront-elles associées? Qui évaluera les différentes propositions soumises? Quelles sont les garanties d'indépendance et de transparence qui entoureront le choix du développeur de l'application pour éviter les conflits d'intérêts? Quel est le budget prévu pour le développement de l'application? À charge de quel département ou de quelle entité? Y aura-t-il une phase de test pour l'application?

13.07 Patrick Prévot (PS): *Madame la Ministre, une fois de plus, notre pays confirme son rôle de plaque tournante dans le développement d'un vaccin contre le COVID-19. En effet, le groupe pharmaceutique AstraZeneca a annoncé que la substance active de son futur vaccin contre le coronavirus serait produite par l'entreprise française Novasep dans son site belge de Seneffe, située en Wallonie.*

Selon l'OMS, environ 118 vaccins contre le coronavirus sont actuellement en cours de développement dans le monde. 8 sont déjà en phase de test dont celui de Novasep.

Il est important de rappeler que GSK et Johnson&Johnson, implantés en Belgique, sont eux aussi impliqués dans la mise au point d'un vaccin contre le COVID-19 à partir de technologies développées sur leurs sites belges.

Madame la Ministre,

•Pouvez-vous nous dire combien de vaccins contre le coronavirus sont actuellement en cours de

développement en Belgique ? Des essais cliniques sont-ils prévus dans notre pays ? Pouvez-vous nous en dire plus ?

•Selon les informations dont vous disposez, pourrait-on espérer le développement d'un vaccin d'ici la fin de l'année ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Madame la Ministre,

Selon le Conseil supérieur de la santé (CSS), une vaccination à plus grande échelle contre le pneumocoque pourrait aider à mieux agir contre le coronavirus. En effet, à peine 10% du groupe cible est vacciné contre les infections à pneumocoque, alors qu'une couverture plus élevée chez les plus de 65 ans pourrait contribuer à décongestionner les hôpitaux, ce qui représente un enjeu puisqu'il existe toujours un risque de deuxième vague du coronavirus.

Pour rappel, le pneumocoque est une bactérie à l'origine, notamment, de pneumonies, septicémies et méningites. Environ 70% des infections à cet agent surviennent chez des personnes de plus de 50 ans et celles-ci présentent un haut taux de mortalité: 12% chez les plus de 65 ans et 24% chez les plus de 85 ans.

Selon le CSS, les patients atteints du Covid-19 deviennent beaucoup plus sensibles aux infections à pneumocoques.

Madame la Ministre,

•Que pensez-vous de l'avis du Conseil supérieur de la Santé demandant une vaccination à plus grande échelle contre le pneumocoque afin de mieux pouvoir agir contre le coronavirus ?

•Le principal obstacle à une plus grande couverture vaccinale réside dans son coût : les meilleurs traitements, selon le CSS, sont deux vaccins pour les plus de 65 ans, mais coûtent plus de 100 euros et ne sont actuellement pas remboursés. Comptez-vous prendre des mesures dans les prochaines semaines, notamment en terme de remboursement ? Si oui, pouvez-vous nous les détailler ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Madame la Ministre,

Selon un rapport de la task force en charge de l'approvisionnement de matériel destiné à lutter contre le coronavirus, la Belgique s'est portée candidate afin de gérer le stock stratégique de masques de l'ensemble des pays de l'Union européenne. En effet, la candidature belge pour gérer le stock stratégique « RescEU » a été déposée le 5 juin.

Selon la presse, notre pays aurait été sollicité par l'Union européenne.

Madame la Ministre,

Pouvez-vous nous en dire plus sur cette candidature ? Pourquoi avoir déposé celle-ci quand on connaît les différentes polémiques liées aux masques ces dernières semaines dans notre pays et spécifiquement celle concernant la gestion de nos stocks stratégiques ? Quand sera-t-on averti de la décision de l'UE ?

Je vous remercie pour vos réponses.

Madame la ministre, selon un rapport de la task force en charge de l'approvisionnement de matériel destiné à lutter contre le coronavirus, la Belgique s'est portée candidate afin de gérer le stock stratégique de masques de l'ensemble des pays de l'Union européenne. La candidature belge pour gérer le stock stratégique a été déposée le 5 juin dernier. Selon la presse, notre pays aurait été sollicité par l'Union européenne.

Pouvez-vous nous en dire davantage sur cette candidature? Pourquoi l'avoir déposée quand on connaît les différentes polémiques liées aux masques dans notre pays, spécifiquement celle concernant la gestion de nos stocks stratégiques? Quand sera-t-on averti de la décision de l'Union européenne?

13.08 Dominiek Sneppe (VB): Tandartsen zouden tot 4000€/maand coronasteun krijgen, dat lazen we in de krant van 22/6. Deze steun komt er omdat tandartsen heel wat kosten hebben moeten maken aan beschermingsmateriaal om zichzelf en de patiënt te beschermen tegen covid19. Andere zorgverstrekkers moeten zich tevreden stellen met 2,5€ extra per consultatie en beperkt tot maximaal 200 consultaties per maand. Dat komt dan max op 500€ per maand. Vanwaar dit grote verschil? Komen die extra's ten laste van het Riziv? Hoeveel bedraagt de pot van overgebleven Rizivbudgetten?

Het Overleg Zelfstandige Zorgverstrekkers (OZZ) binnen de Federatie Vrije Beroepen (FVB) reageert met ongeloof op uw uitspraken over het retroactief terugvorderen van coronasupplementen die sommige zorgverstrekkers sinds hun heropstart aanrekenen. Ze deden dit, niet om extra winst te maken, maar om een deel van de meerkosten te dekken voor investeringen in corona-preventiemaatregelen. De ontsmettingsgels en -sprays, mondmaskers, gezichtschermen, handschoenen die ze aanschaffen om zichzelf en hun patiënten te beschermen neemt een serieuze en onvoorziene hap uit hun budget.

De wetgeving verbood ook niet dat dergelijke coronatoeslagen gevraagd werden.

Daarom volgende vragen:

Waarom wilt u die toeslagen retroactief terugvorderen?

Voor de zelfstandig verpleegkundigen werd reeds een beslissing genomen. Waarom werd nog niet samengezeten met de andere zelfstandige zorgverstrekkers? Wanneer zal dat gebeuren?

Zult u de overgebleven Riziv-budgetten aanwenden om de terugbetaling van prestaties aan patiënten te verhogen met een tegemoetkoming voor de noodzakelijke bijkomende beschermingsmaterialen?

Dat er heel wat informatie uit het rioolwater gehaald kan worden, is algemeen bekend. Zo wil Sciensano nu ook het afvalwater controleren op covid19, om zo de verspreiding van het virus in kaart te kunnen brengen.

Er bestaan al verschillende initiatieven om de concentratie van het virus in bepaalde waterzuiveringsinstallaties in Vlaanderen en Wallonië te monitoren, maar dan door andere actoren dan Sciensano. In Brussel heeft de overheid dit onderzoek uitgesteld.

Daarom volgende vragen:

Als dit reeds door Vlaanderen en Wallonië gebeurt, waarom wil Sciensano dat dan ook nog eens organiseren? Wordt er dan geen dubbel werk gedaan? Of neemt Sciensano het dan over?

Hoe zal/wil Sciensano te werk gaan?

Zal er enkel op Covid19 gecontroleerd worden?

Frankrijk, Zwitserland, Italië, Nederland, de Verenigde Staten en Australië volgen het covid-19-virus al in het afvalwater dat door hun burgers wordt geloosd voordat het in de riolering terechtkomt. Kunnen we leren uit hun ervaringen?

Het Biotechbedrijf Ziphys Therapeutics liet al in maart in De Tijd vallen dat ze op zoek zijn naar een vaccin tegen covid19. Vandaag lopen de klinische testen al en ze menen vanaf oktober 2020 klinische testen op mensen te kunnen brengen. Op 1 juli lazen we dat het bedrijf tegen oktober 2021 het vaccin op grote schaal op de markt zal kunnen brengen.

Daarom volgende vragen:

Heeft de overheid contact met dit Vlaamse bedrijf? Zo neen, waarom niet?

Welke contacten heeft de overheid? Is er al sprake van een optie op bestellingen? Prijsafspraken?

Heeft de overheid contact met andere bedrijven die in de ratrace zitten? Zo neen, waarom niet?

Welke contacten heeft de overheid met deze andere bedrijven en met hoeveel bedrijven heeft de overheid contact?

Hoe ver staat dit bedrijf t.o.v. andere bedrijven in de ratrace?

Sinds maart 2020 is het ontsmetten van onze handen bijna een tweede natuur geworden. De handgels springen als paddestoelen uit de grond, je vindt er ondertussen van alle slag en soort. Ik stelde u reeds de vraag hoe het zat met het alcoholpercentage in die handgels en sprays en of ze wel allemaal even doeltreffend zijn. Daarop antwoordde u me dat indien dergelijke gels virucide moeten zijn dan moeten ze door DG5 worden nagekeken en indien aan de kwaliteit van de handgels wordt getwijfeld, kan een analyse gevraagd worden.

Het is algemeen bekend dat het overvloedig gebruik van alcoholgels of -sprays de beschermende laag van de huid verdunt, waardoor de huid gemakkelijker stoffen opneemt, zowel goede als slechte (Frederik vom Saal, University of Missouri). En het is ook algemeen gekend dat die ontsmettende gels niet enkel lichaamsvreemde bacteriën en virussen doden, maar ook de goede bacteriën en andere micro-organismen die ons immuunsysteem in evenwicht houden.

Je handen ontsmetten bij het binnenkomen in een hamburgertent, het kasticketje aannemen en vervolgens je hamburger naar binnen werken schijnt tot hoge opname van BPA te leiden. Dat was toch de conclusie van het experiment dat men aan de universiteit van Missouri hield. De opname was hoger bij de proefpersonen die hun handen hadden ontsmet dan bij de personen die dat niet deden.

Aan de andere kant moeten we ons ook de vraag stellen of alle gels die op de markt zijn wel even "kosher" zijn wat hun samenstelling betreft. Volgens testaankoop laat de etikettering vaak te wensen over, waardoor het niet altijd even duidelijk is waaruit het product is samengesteld.

Daarom volgende vraag:

Gezien het veelvuldig gebruik en de veelheid aan soorten: zult u DG5 de opdracht geven steekproefsgewijs controles uit te voeren op samenstelling en aanwezigheid van schadelijke stoffen (bv BPA of BPS ea)?

Zult u ook de recipiënten, meestal plastic flesjes of flacons, controleren op aanwezigheid van schadelijke stoffen zoals bisfenol?

Zijn alle gels die op de markt zijn ook virucide, want dat zouden ze op zijn minst toch moeten zijn om efficiënt te zijn tegen covid19?

De beroepsvereniging van kinesisten, Axxon, is er niet over te spreken dat kinesitherapeuten niet opgenomen zijn in de lijst van de federale overheid met zorgberoepen die een voorraad beschermingsmateriaal krijgen als er een tweede piek komt in de corona-epidemie.

Bij een tweede uitbraak krijgen alle huisartsen, artsen-specialisten, tandartsen, thuisverpleegkundigen, zorgkundigen en vroedvrouwen elk vierhonderd handschoenen, vijftig schorten, één bril en duizend chirurgische mondmaskers. De kinesisten vallen daar niet onder en zullen zelf op zoek moeten gaan naar materiaal.

Daarom volgende vragen:

Waarom wordt voor het ene zorgberoep wel beschermingsmateriaal voorzien en voor het andere zorgberoep niet?

Wie stelt die lijst samen? Op basis van welke criteria?

Zult u de lijst aanvullen met "vergeten" zorgberoepen?

In het verslag van juni van de RMG las ik dat de werkgroep tekorten (TF Shortages) een nota aan de RMG moet bezorgen waarin een mechanisme moet uitgewerkt worden met criteria wanneer het principe van de solidariteitsstock opnieuw moet worden opgestart.

Slaat dit op wat u 'een roterende stock' noemde?

Is dat rapport reeds klaar en kunnen wij daar inzage van krijgen?

Wanneer krijgen we daar inzage in?

Mijnheer de voorzitter, ik wens mijn collega Creyelman te verontschuldigen. Hij volgt de commissie voor Landsverdediging. Hij vraagt om zijn vragen om te zetten in schriftelijke vragen.

Mevrouw de minister, Vlaanderen en Wallonië monitoren blijkbaar het opsporen van COVID-19 in het afvalwater al, maar ik heb gelezen dat Sciensano dat ook wil doen. Ik vraag mij af of er dubbel werk zal worden gedaan, of zullen de gegevens van Vlaanderen en Wallonië gebruikt worden door Sciensano? Hoe zal dat gebeuren?

Zal er enkel op COVID-19 gecontroleerd worden? Kunnen wij iets leren van landen waar dit al gebeurt, zoals Frankrijk, Zwitserland, Italië, Nederland, de Verenigde Staten en Australië?

Ik heb ook een vraag over het vaccin. Het biotechbedrijf Ziphys Therapeutics liet begin juli in *De Tijd* verstaan dat het tegen het najaar van 2021 een vaccin zou hebben. Hebt u contact met dit Vlaamse bedrijf?

Zo neen, waarom niet? Welke contacten heeft de overheid eventueel met andere bedrijven?

Als u contacten hebt, is er sprake van een optie op bepaalde bestellingen of prijsafspraken?

Hoever staat dit bedrijf ten opzichte van andere bedrijven in de race naar een vaccin?

Ik heb ook een vraag over ontsmettende handgels. Wordt er gecontroleerd of daarin giftige stoffen zitten? Zult u dat alsnog laten controleren? Zult u DG 5 de opdracht geven steekproefsgewijs controles uit te voeren op de samenstelling en op de aanwezigheid van schadelijke stoffen? Ik denk aan BPA of BPS, maar het kunnen er gerust ook andere zijn.

Ook de recipiënten waarin die gels zitten, zouden moeten gecontroleerd worden op de aanwezigheid van schadelijke stoffen.

Als die gels bedoeld zijn om COVID-19 te bestrijden, zouden zij minstens viruciden moeten zijn. Zijn alle gels die in de handel zijn niet alleen antibacteriële gels maar ook viruciden?

Dan heb ik een vraag over de coronasteun aan tandartsen en andere zorgverstrekkers.

Tandartsen zouden 4.000 euro per maand krijgen, andere zorgverstrekkers 2,5 euro extra per consultatie, wat zou neerkomen op 500 euro per maand. Vanwaar dit grote verschil? Komen die extra's ten laste van het RIZIV?

Hoeveel bedraagt de pot van overgebleven RIZIV-budgetten waarnaar de zorgverstrekkers verwezen?

In verband met het retroactief terugvorderen van de coronatoeslag bij zelfstandige zorgverstrekkers vraag ik mij af waarom u die wil terugvorderen? Waarom is daarover niet overlegd?

Voor zelfstandige verpleegkundigen werd reeds een beslissing genomen. Waarom werd nog niet samengezeten met de andere zelfstandige zorgverstrekkers? Wanneer zal dat gebeuren? Of is dat intussen gebeurd? Mijn vraag is ingediend op 21 juni. Als het al gebeurd is, kunt u ons daarvan op de hoogte stellen?

Zult u de overgebleven RIZIV-budgetten aanwenden om de terugbetaling van prestaties aan patiënten te verhogen met een tegemoetkoming voor de noodzakelijke bijkomende beschermingsmaterialen?

Mijn volgende vraag heeft betrekking op een nota van de werkgroep "Tekorten". Daarin was sprake van een "solidariteitsstock". Slaat die op wat u de "roterende stock" noemt, of de strategische stock? Is het rapport al klaar? Kunnen we het rapport inkijken, en zo ja wanneer?

Ik kreeg ook een vraag van kinesisten. Blijkbaar zijn niet alle zorgberoepen voorbereid op een tweede golf. De kinesisten klagen dat er te weinig beschermingsmateriaal voor hen is. Ze vragen zich af waarom er voor het ene zorgberoep wel beschermingsmateriaal wordt aangekocht en voor het andere niet. Wie stelt die lijst samen? Op basis van welke criteria gebeurt dat? Zult u de lijst aanvullen met 'vergeten' zorgberoepen?

Tot slot: de ziekenhuizen zijn al een tijd weer begonnen met niet-dringende ingrepen. Hebt u een zicht op de stand van zaken? We horen dat een en ander nog niet zo vlot verloopt en dat slechts 70 % van die niet-dringende ingrepen wordt uitgevoerd, in sommige ziekenhuizen zelfs nog minder. Hebt u daarop een zicht en kunt u ons daarover uitleg verschaffen?

De **voorzitter**: Mevrouw Sneppe, de vragen van de heer Creyelman kunnen niet in schriftelijke vragen worden omgezet omdat dit een actualiteitsdebat is. De vragen die niet gesteld worden, worden zonder voorwerp. Zodra uw collega echter weer binnenkomt, kan hij zijn vragen alsnog stellen.

13.09 Caroline Taquin (MR): Madame la ministre, chaque année à l'aube de l'hiver, la grippe fait son apparition. Cette maladie virale peut entraîner de lourdes conséquences. Le vaccin doit être réitéré étant donné que le virus évolue. Certes, ce vaccin n'est pas efficace à 100 %, mais il prend part, en grande partie, à la prévention de possibles complications.

En Belgique, la vaccination des groupes à risque est malheureusement encore insuffisante, bien que chaque année celle-ci fasse l'objet d'une surveillance accrue. En 2019, une étude menée par le KCE stipulait que la vaccination des personnes âgées avait connu un recul constant au cours des huit dernières années et restait bien en deçà des objectifs de l'OMS (75 %).

En mai 2020, le Conseil Supérieur de la Santé a remis un avis sur la vaccination contre la grippe saisonnière hivernale 2020-2021. Dans le contexte de la pandémie actuelle, nous devons y apporter une attention toute particulière. Au vu des épidémies de grippe des années précédentes et du pic fulgurant et aigu de la pandémie du COVID-19 observé à la sortie de cet hiver 2020, des analyses font état de conséquences potentiellement graves si la saison grippale devait coïncider avec un nouveau pic.

À cet égard, le Conseil Supérieur de la Santé formule trois recommandations: la vaccination de la catégorie A en vue de diminuer potentiellement l'occupation des lits d'hôpitaux. Il s'agit des personnes à

risque et des personnes vivant sous leur toit; la vaccination du personnel de la santé en vue d'assurer sa disponibilité mais également pour protéger indirectement les patients; la vaccination de la catégorie B à savoir les personnes âgées de 50 à 64 ans.

Plus que jamais, la prévention contre la grippe saisonnière jouera un rôle fondamental, l'objectif étant d'éviter l'occupation d'un trop grand nombre de lits d'hospitalisation en même temps et d'ainsi saturer nos hôpitaux. Par ailleurs, il semblerait que l'Association des pharmaciens belges craigne une pénurie de vaccins pour la fin de cette année.

Madame la ministre, comment ces recommandations vont-elles être appliquées sur le terrain? Quelles mesures sont-elles envisagées afin d'encourager ces publics cibles à se faire vacciner particulièrement cette année? Une campagne de sensibilisation est-elle prévue avec vos homologues des entités fédérées? Devons-nous craindre une pénurie de vaccins cette année? Comment pouvons-nous anticiper ce risque?

13.10 Robby De Caluwé (Open Vld): Mevrouw de minister, mijnheer de minister, we worden ondertussen al een tijd geconfronteerd met het stijgende aantal besmettingen. Gelukkig zien we die stijging nog niet in het aantal ziekenhuisopnames of overlijdens. Vermoedelijk heeft dat te maken met de leeftijdsgroep waarin de meeste stijgingen plaatsvinden, namelijk de 20- tot 59-jarigen, die minder tot een risicogroep behoren. Ik heb de indruk dat de stijging te wijten is aan een aantal meer lokale uitbraken, vooral in Antwerpen, Limburg en Luik.

U hebt vandaag al gezegd dat die cijfers heel goed opgevolgd moeten worden, mevrouw de minister. Wat is uw inschatting van de stijging van het aantal besmettingen? Klopt het dat het vooral over een aantal lokale uitbraken gaat? Wat is de reden van de stijging, bijvoorbeeld in Antwerpen? Doen de uitbraken zich voor in het uitgaansleven of de bedrijfswereld?

Morgen komt de Nationale Veiligheidsraad opnieuw bijeen. Worden er eventueel verstrengingen overwogen als de cijfers blijven stijgen, hetzij lokaal, hetzij landelijk?

13.11 Karin Jiroflée (sp.a): Mevrouw de minister, mijnheer de minister, we merken inderdaad een stijging van het aantal besmettingen, ook bij jongeren. Voor de verschuiving in de leeftijden zijn er zeker verklaringen, maar de bottomline blijft dat de cijfers stijgen.

Wat is uw inschatting van de verdere evolutie van deze pandemie op basis van de kennis die u ongetwijfeld door de experts toegespeeld wordt. Welke maatregelen zullen er nu genomen worden? Ik verwijs naar onze discussie vorige week over de chaos bij het reizen. Ondertussen las ik dat er ook verwarring is over dansfeesten. Op welke manier wil u beiden die stijging managen?

Steven Van Gucht heeft aangekondigd een inventaris van de clusterbesmettingen te willen maken. Die zou ons meer informatie geven over de sterkte van het virus en de verspreiding ervan. Vanmorgen gaf de heer Robben in *De Ochtend* nog een inkijk in de ICT-ondersteuning die deze inventaris mogelijk moet maken.

In landen als Japan en Frankrijk is men daar al veel langer mee bezig en staat men daar veel verder mee. Zijn wij niet te laat? Wat zijn uw volgende acties in dat verband?

Ik verwijs verder naar mijn vragen nrs. 55007386C, 55007540C, 55007686C, 55007687C, 55007801C en 55007273C.

Na een weekend waarin we in verschillende steden in open lucht uitbundige feesten zagen, pleit Erika Vlieghe, voorzitter van de GEES, in De Ochtend van 22/06 voor een aantal maatregelen.

Zo geeft ze aan dat het best zou zijn een nieuwe grote sensibiliseringscampagne op te zetten over het 'nieuwe normaal'. Dat zou mensen meer en opnieuw bewust moeten maken van de gevaren van de pandemie, die niet voorbij zijn. Ook liet ze verstaan dat het verstandig zou zijn een mondk masker te verplichten in de supermarkt.

Motivatiesycholoog Maarten Vansteenkiste adviseert ook om mondk maskers toch te verplichten op een aantal plaatsen als een noodzakelijke maatregel en een campagne met social influencers.

Bovendien is de R-waarde, die de voortplantingssnelheid van het virus weergeeft en in België nog onder 1

(0,87) ligt, in Duitsland ondertussen gestegen van 1,79 naar 2,88. Dit meldde het Robert Koch Instituut (RKI). Dit komt door een aantal regionale opflakkingen. Het virus is er dus nog en kan snel weer toeslaan. Viroloog Emmanuel André en voormalig GEES lid ziet dit als een ernstig waarschuwingssignaal dat we de maatregelen moeten blijven opvolgen.

Gaat u in op deze suggesties?

Zal u een nieuwe campagne opzetten?

Zal u het dragen van mondklappers strenger maken?

Uit de rapportering van Sciensano blijkt dat het aantal coronabestemmingen de afgelopen zeven dagen terug licht is gestegen.

Het aandeel besmettingen bij 20 tigers en 30 tigers is ook toegenomen. 1 op 3 zou uit deze categorie komen. Viroloog Marc Van Ranst vraagt een nauwkeurige opvolging. Mensen die besmet geraken in deze categorie vertonen ook dikwijls geen symptomen, waardoor ze andere ook sneller kunnen besmetten.

In het actiaprogramma De Zevende Dag gaf u alvast een eerste reactie. Wanneer de indicatoren blijven wijzen op een nieuwe stijging zullen er terug maatregelen moeten worden genomen, en dit zal niet enkel de verplichting zijn van een mondklapper te dragen.

Tegelijkertijd zien we ook dat het aantal tests opnieuw terug is toegenomen, na de uitbreiding van de testcriteria. Ook mensen die niet ziek zijn, maar wel in contact zijn gekomen met een besmette persoon kunnen worden getest, wat misschien ook een indicatie is van het stijgend aantal geregistreerde besmettingen.

Wat nog voor het aantal besmettingen een indicator is, is het aantal consultaties bij de huisarts of de triageposten. Tegelijkertijd wordt de contacttracing verder afgebouwd.

1. Wat met het aantal consultaties bij de huisarts en triageposten voor covid-19 symptomen, zijn die gestegen?

2. Wat is uw standpunt m.b.t. het feit dat het aantal contacttracers verder wordt afgebouwd in Vlaanderen, nu toch het aantal besmettingen verder stijgen?

3. Staat er een actieplan klaar om bij het stijgen van het aantal besmettingen nieuwe maatregelen te nemen?

Steven Van Gucht van Sciensano kondigt een inventaris van alle clusterbesmettingen aan.

Plaats en grootte kunnen ons namelijk tonen hoe sterk het virus zich in welbepaalde omstandigheden kan verspreiden.

In een aantal landen ondermeer in Frankrijk en Japan past men die methode, die ons veel info oplevert inzake te nemen maatregelen, al langer toe.

Gaan we die inventarissen gebruiken om onze maatregelen te modelleren?

Zijn we niet te laat begonnen met deze methode, vermits andere landen ze al langer gebruiken?

In het weekend van 04/07/20 werd plots aangekondigd dat dansen op privé feesten toch zou mogen. Weliswaar onder bepaalde voorwaarden (eigen bubbel, afstand van andere bubbels).

Erika Vlieghe, voorzitter van de GEES, heeft daarop zeer scherp gereageerd. Ze vindt het in deze fase veel te vroeg om dat toe te staan en noemde het zelfs gevaarlijk. Ook ander experts waren het daarmee eens, de maatregel werd als roekeloos omschreven.

Waarom werd die versoepeling dan toch doorgevoerd?

Waarom was dit niet doorgepraat met de experts?

Wat vindt u zelf van dergelijke maatregel?

Zoals u wel weet heeft de coronacrisis en de lockdown ook een grote invloed gehad vrouwen en koppels met een kinderwens via kunstmatige inseminatie. In een antwoord op de vraag van collega Van Peel verklaarde u al dat de maximale leeftijd in het kader van de medische begeleide voortplanting verlengd werd met 6 maanden. De reeds verleende machtigingen blijven eveneens geldig gedurende deze verlengde periode. Het gaat concreet om machtigingen door de adviserende artsen aan patiënten waarvan de 43e verjaardag valt tussen 1 maart 2020 en een nader te bepalen datum in functie van het einde van de inperkingsmaatregelen.

Volgens de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten Art 4 kunnen vrouwen:

- gameten laten wegnemen tot de dag die aan hun 46ste voorafgaat*

- een verzoek om implantatie van embryo's of inseminatie met gameten kan worden ingediend tot op de dag die aan hun 46e verjaardag voorafgaat*

- De implantatie van embryo's of de inseminatie met gameten kunnen bij meerderjarige vrouwen tot op de dag die aan hun 48ste verjaardag voorafgaat*

Hier werd er naar verluidt nog geen verlenging van 6 maanden voorzien, wat neerkomt op een ongelijke behandeling.

Vragen:

- Klopt deze redenering, kunnen vrouwen die nog wilden starten voor de leeftijd van enerzijds 46 of 48 jaar, maar die ondertussen tijdens de coronacrisis deze leeftijd hebben bereikt geen behandeling en/of terugbetaling meer krijgen?*

- Zal u dit bespreken met het RIZIV en eventueel maatregelen nemen zodat de verlenging van 6 maanden ook voor hen geldt?*

Mijnheer de minister, tijdens het wekelijkse actualiteitsdebat in verband met COVID-19 stelde ik u een vraag op 9 juni en 16 juni aangaande de strategie van testen op de luchthaven voor aankomende reizigers, u antwoordde daar het volgende op:

Daarover is vorige week al een advies gevraagd aan de RMG met de vraag wat de elementen zijn die in ogenschouw moeten worden genomen als iemand in ons land aankomt. Het gaat dan vooral om mensen die van buiten de Schengenzone komen, want de binnengrenzen gaan natuurlijk open en daar zullen waarschijnlijk geen beperkingen op zijn. Over de buitengrenzen is er natuurlijk wel een discussie en daarover is dus een advies gevraagd aan de RMG om te bekijken wat daaromtrent juist moet gebeuren en welk protocol er gevolgd moet worden.

Ook Prof. Biostatisticus en lid van de GEES Niel Hens stipte aan in De Ochtend dat vakantie nemen deze zomer het risico weer licht gaat verhogen en dat we goed moeten bekijken naar welke regio's mensen op reis gaan en wanneer ze terugkomen, hoe ze hier de draad weer oppikken.

- U vroeg een advies welk protocol er moet gevolgd worden voor mensen die ons land binnen komen via de luchthaven. Is dit advies reeds verleend? Gezien het opengaan van onze grens op 15 juni. Wat zijn de richtlijnen hieromtrent?*

- België kan indien dit wenselijk zou zijn voor de RMG toch extra maatregelen nemen om bv. temperatuur te meten of te testen bij passagiers die aankomen ook binnen Schengen?*

- Zowel Griekenland, IJsland, Estland vragen een test te ondergaan bij aankomst en een zelf quarantaine, Oostenrijk vraagt een bewijs van negatieve coronatest die niet meer dan 4 weken oud is of twee weken quarantaine. In België kan je enkel getest worden indien je symptomen hebt, of indien je contacten hebt gehad met een positief geteste persoon. Hoe zal men dit oplossen?*

Ik kom nu tot mijn vraag nr. 55007801C over de medisch begeleide voortplanting, waarop ik zeer nadrukkelijk wil ingaan.

Er zijn ongelijkheden ontstaan tussen de verschillende soorten behandelingen. Voor een aantal categorieën is er nog geen toestemming voor de verlenging met zes maanden, voor een aantal andere categorieën dan weer wel. Dit leidt tot een ongelijke behandeling. Zo hebben sommige vrouwen hun behandeling stopgezet tijdens de coronacrisis. Zij vragen zich af wat er nu zal gebeuren. Zal er ook voor hen een verlenging met zes maanden gelden? Dat is een bijzonder belangrijke vraag. Het antwoord erop kan veel mensen al dan niet geruststellen.

13.12 John Crombez (sp.a): Ik verwijs naar mijn schriftelijk ingediende vraag nr. 55007868C.

Dit weekend kregen wij de boodschap dat het aantal mensen besmet met Covid-19 in ons land een lichte stijging kent met 2%. Vooral in Antwerpen en Brussel zouden er meer besmettingen zijn.

Deze 'lichte stijging' is een berekening van het 7-daags gemiddelde van de 7-dagen daarvoor. Laatste metingen dat sciensano naar buiten bracht op 12 juli waren de dagcijfers van woensdag 8 juli, waar we al met 134 besmettingen zaten. Vermoedelijk zal de lichte stijging zich dus doorzetten. Als het al bij een lichte stijging blijft.

- Waarom duur zitten er meer dan 3 dagen tussen de testing en de rapportering? Men wacht op de consolidering, maar waarom laat die zo lang op zich wachten?
- Is het mogelijk deze tijd te verkorten?
- Wat is de gemiddelde tijd tussen afname van de test en het resultaat?
- Welke methode gebruikt de regering om wel snel te reageren op lokale uitbraken en stijgingen in de besmettingen?
- Hoeveel van die zulke lokale opstoten zijn er al geweest?
- Waarom gebruikt men nog altijd het 7-daagse gemiddelden en geen punctuele metingen? Is dat volgens u nog te verantwoorden nu het aantal cases dag op dag stijgt?

Verder had ik nog een vraag over de methodologie.

Wij zijn nu al weken aan het kijken naar gemiddelden. Al weken zegt men dat die aan het dalen zijn. Waar kijkt u naar om te besluiten of er al dan niet iets problematisch aan de hand is? Op 16 juli, over twee dagen, zal het nieuws zijn dat er een sterke stijging is, door de gebruikte methodologie. Ik hoop dat u niet naar de gemiddelden kijkt, maar waar kijkt u wel naar? Op drie dagen waren er ongeveer 400 besmettingen. In sommige delen van de wereld gaat men in lockdown als men op een paar dagen 120 besmettingen ziet. Wij zijn in deze crisis al in alles te laat gekomen. Gisteren is in een ander parlement gebleken dat de experts al in januari opgeroepen hebben om voor mondklappers te zorgen, meer dan anderhalve maand voor de eerste maatregel genomen werd.

Waar kijkt u naar om de problemen te detecteren? Wat weet u op dit moment zeer specifiek over de lokale uitbraken? Als er nu iets aan het mislopen is, zullen wij dat dan weten? Hoe bepaalt u dat?

Vanaf hoeveel besmettingen wordt de situatie problematisch? Iedereen spreekt over de tweede golf. Van de eerste golf weten we dat die 10.000 doden en 50 miljard euro economische kosten veroorzaakt heeft. Het is dus nogal belangrijk dat wij deze keer snel weten dat het misloopt, als het misloopt. De cijfers van de voorbije dagen zijn slecht, maar ze zijn in de gemiddelden verdrongen. Hopelijk kijkt u naar iets anders om te weten of het aan het mislopen is. Waarnaar? Is dat op dit moment al niet het geval?

13.13 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le ministre, j'aimerais aborder avec vous plusieurs volets, à commencer par l'évolution de la pandémie. En effet, les chiffres sont interpellants et révèlent une hausse de 2 % du nombre de cas, ou devrais-je plutôt dire du nombre de personnes pour lesquelles le test est positif?

Les chiffres font également état d'une hausse sensible du taux de reproduction du virus, puisqu'il est repassé au-dessus de un. Il s'agit là d'un constat préoccupant, sachant que c'est en deçà de un qu'on arrive à maîtriser l'évolution du virus. Nous ne sommes donc plus dans un tel cas de figure.

Les appels des scientifiques sont clairs. Ces derniers sont fort inquiets. En effet, il apparaît une fois de plus

que nous ne sommes pas prêts aujourd'hui à faire face à une deuxième vague ou à des clusters importants. Une étude réalisée au Royaume-Uni postule que le pays aura atteint un taux de reproduction équivalent à 1,7 % d'ici le mois de septembre, une situation qui pourra vraisemblablement s'étendre à d'autres pays européens.

Il s'agit là de signaux importants, de sorte que nous devons nous poser les bonnes questions. D'une part, nous observons un relâchement des gestes barrières, ce qui explique pourquoi le masque a enfin été imposé dans tous les lieux publics fermés. Je pense que d'autres pays mènent à cet égard des campagnes d'affichage beaucoup plus intensives afin de souligner la nécessité de marteler le message par des images fortes dans les grandes surfaces et les centres commerciaux.

Le traçage des contacts, quant à lui, reste insuffisant à l'heure actuelle. Non seulement le système de traçage numérique n'a toujours pas été mis en place, alors qu'il aurait pu l'être depuis des mois, mais le traçage humain reste, lui aussi, insuffisant. J'ai déposé plusieurs questions relatives aux chiffres et j'espère que vous y répondrez concrètement. Enfin, des questions se posent également quant aux menaces de pénurie en matière de tests, tant au niveau des réactifs qu'au niveau des capacités en laboratoire.

Le deuxième volet que je souhaite aborder est celui du tourisme. Ces dernières semaines, nous avons été les témoins d'un véritable cafouillage, les différents niveaux de pouvoir ne cessant de se renvoyer la balle. Il se pose aujourd'hui des questions sur les touristes belges, mais aussi sur les touristes étrangers qui entrent dans notre pays.

En ce qui concerne les touristes belges, des médecins généralistes me font part de refus de tests et d'un manque de directives claires à ce sujet. Par ailleurs, nous avons modifié aujourd'hui les règles décidées il y a à peine trois jours pour les zones orange.

Disposons-nous enfin de consignes dans toutes les langues – y compris l'anglais – à l'intention des touristes qui arrivent dans notre pays? Qu'avons-nous prévu pour les touristes étrangers en provenance de zones à risque? Sont-ils testés, même s'ils sont asymptomatiques? Les tests sont-ils obligatoires et sont-ils effectivement réalisés?

Qui assure le suivi des touristes étrangers qui entrent en Belgique en venant d'une zone à risque? Enfin, par qui est effectuée la prise en charge des touristes asymptomatiques?

Le troisième volet concerne les patients, qu'ils aient ou non été testés positifs au COVID-19. Les dépistages ont-ils repris, notamment le suivi sur le plan oncologique?

Les indicateurs d'admission pour les infarctus et les AVC sont-ils meilleurs, puisqu'il semblerait qu'un certain nombre de patients n'ont manifestement pas consulté à temps?

Je voudrais aussi discuter avec vous de la prise en charge des patients COVID qui ont une atteinte chronique qui n'a pas été suffisamment prise en compte jusqu'à présent. N'est-il pas important de mettre en place un dispositif particulier pour eux?

Madame la ministre, je vous ai également posé une question sur la compensation de la perte financière subie par les hôpitaux en raison de l'épidémie du COVID-19. Où en sont les discussions? Quel est le calendrier? Qu'en est-il par rapport aux assurances privées?

Pourriez-vous rapidement rassurer les hôpitaux, les soignants et les patients? C'est évidemment un enjeu important pour les trois. Je vous remercie.

[13.14] Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le ministre, je vous ai adressé plusieurs questions dont une relative aux fameux masques acheminés par la Défense.

Monsieur le ministre, je l'avais adressée à votre cabinet et vous l'avez fait suivre au cabinet de votre collègue, le ministre Goffin. Je le regrette car j'estime qu'à partir du moment où vous avez endossé le rôle de coordonner tout ce qui concerne le matériel médical de protection, c'est un peu votre rôle aussi de vous assurer de la bonne qualité de ces masques. J'interrogerai donc M. Goffin demain.

Monsieur le ministre, au plus fort de la crise, de nombreux pays s'arrachaient les masques FFP2 destinés au personnel soignant. De nombreux faux ou masques de mauvaise qualité ont alors fait irruption sur le marché

pour répondre à la pénurie.

Pour garantir la bonne conformité et l'efficacité des masques arrivant en Belgique, un protocole a été mis en place pour les tester et confié à deux organismes. Le premier recourant au portacount. Cette machine vérifie l'ajustement du masque sur le visage mais aussi la membrane filtrante des masques.

L'autre organisme a recouru à une autre technique, en ce que le portacount n'est pas fait pour vérifier la qualité de la membrane filtrante. Il en découle ainsi que les masques FF2 testés via le portacount présentaient une filtration à 97% tandis que testés par l'autre laboratoire, ils présentaient une filtration à 78%, concluant qu'ils étaient non conformes, puisque la norme minimale de filtration est de 94%.

La société HEX qui a procédé aux derniers tests a ainsi alerté le SPF santé publique par courrier le 20 avril.

Vous avez pourtant validé ce protocole avec le SPF Economie.

Par conséquent, monsieur le ministre, pourriez-vous préciser :

- Quelle est l'origine de ces masques?*
- Quel organisme a testé ces masques, selon quel protocole et dans quelle proportion?*
- Est-il exact que vous avez recouru à un protocole simplifié, qui consiste à procéder par échantillon de chaque lot?*
- Pourquoi avoir recouru à ce protocole malgré les avertissements de la société HEX? Les prenez-vous en considération?*
- Quelle mesure prendre maintenant pour garantir la protection du personnel soignant?*

Madame la ministre, selon la revue scientifique américaine PNAS, des chercheurs auraient découvert une nouvelle souche de virus de grippe porcine en Chine. Ce virus descend génétiquement de la souche H1N1 mais en étant plus infectieux que celui qui avait occasionné une pandémie en 2009.

Des scientifiques issus d'universités chinoises et du Centre de prévention et de lutte contre les maladies chinoises auraient affirmé que ces virus possèdent - je cite "tous les traits essentiels montrant une haute adaptabilité pour infecter les humains".

Ce virus aurait d'ailleurs déjà été transmis à des humains : des ouvriers et personnes travaillant avec les porcs sont relativement nombreux à avoir été infectés, 10,4 %, selon des tests sanguins. 4,4 % de la population générale aurait été également contaminée. Il n'existerait cependant aucune preuve que ce virus puisse se transmettre d'humain à humain.

Madame la ministre, cette information qui tombe alors que nous n'en avons pas encore terminé avec le coronavirus m'amène vous poser les questions suivantes:

- Qu'est-il prévu dans notre pays pour suivre ce genre d'information?*
- Existe-t-il un protocole pour récolter les informations scientifiques au niveau international et informer nos autorités? Dans l'affirmative, quel est l'organisme chargé de cette mission ?*
- Dans le cas de ce nouveau virus de grippe porcine, le risque d'une propagation en Europe et plus particulièrement dans notre pays a-t-il été évalué?*
- Y-a-t-il lieu au stade actuel de prendre des mesures, par exemple pour informer les éleveurs?*

Je souhaite également profiter de ce débat d'actualité pour vous interroger tout d'abord sur le testing des personnes asymptomatiques. Les chiffres de Sciensano nous informent que près de trois quarts des résidents testés positifs au COVID-19 dans les maisons de repos ne présentaient aucun symptôme. Cela signifie qu'en ne testant que les personnes présentant des symptômes, nous n'avons finalement pas dépisté les trois quarts des personnes qui étaient contaminées et qui auraient dû être mises à l'écart.

Par conséquent, n'estimez-vous pas que nous devrions lancer aujourd'hui une campagne de dépistage massif, comme c'est demandé par de nombreux experts et comme c'est le cas en France, pour pouvoir repérer les porteurs asymptomatiques, les tracer et les isoler? Actuellement, nous ne dépassons pas les 10 000 tests par jour, ce qui est bien en deçà de la capacité de testing dont nous disposons. N'estimez-vous pas que cette capacité de testing permettrait de lancer une telle campagne? Pourquoi dès lors ne pas la lancer dès aujourd'hui vu le risque de deuxième vague en raison des départs et des retours de vacances? Dans la négative, est-il prévu d'augmenter encore les tests? Dans quelles conditions ces tests pourraient-ils être remboursés, en particulier pour les plus faibles revenus?

J'en viens au port du masque à propos duquel je souhaite vous interroger. Nous sommes évidemment heureux que la décision de le rendre obligatoire dans les lieux publics fermés ait été prise. C'est un appel que j'avais lancé auprès de la première ministre dès le 7 avril 2020 en séance plénière. Nos bourgmestres avaient également pris l'initiative de prendre cette mesure dans leurs communes respectives.

Cependant, il me revient qu'il y a des demandes de dispense pour raisons médicales. Sans préjuger de la légitimité de ces demandes, j'aurais voulu avoir votre avis, madame la ministre, à ce sujet. Je pense entre autres aux personnes asthmatiques, aux femmes enceintes ou encore aux personnes claustrophobes qui étouffent sous leur masque.

Par ailleurs, je souhaiterais faire avec vous le bilan du *tracing*. C'est important à l'heure où le nombre de cas détectés augmente en moyenne de 11 % par jour, et en particulier dans la perspective des retours de vacances. Pouvez-vous nous dire si vous disposez aujourd'hui d'une vue d'ensemble des résultats obtenus dans les différentes cellules mises en place par les Régions? Avec quelles conclusions? N'est-il pas nécessaire de sensibiliser davantage les citoyens quant à la nécessité de prendre note de leurs contacts? Comment la collaboration avec les différents pays dans lesquels les vacanciers belges vont se rendre, mais aussi avec les pays d'origine des touristes, se déroule-t-elle? Qu'en est-il du développement de l'application mobile en termes de marché public et de respect des règles en matière de droit à la vie privée? Nous avons voté une proposition de résolution selon laquelle toute une série de balises est instaurée. J'aimerais donc avoir la garantie qu'aujourd'hui ces balises pourront être respectées. Étudiez-vous aussi les alternatives à l'application mobile?

Enfin, je voudrais terminer par la question des personnes revenant de zones classées rouge. Est-il prévu que les formulaires mis à la disposition des citoyens revenant de ces zones rouges soient rédigés, non seulement en anglais comme c'est déjà le cas aujourd'hui, mais aussi dans les trois langues nationales? Pouvez-vous nous dire si un *testing* systématique des personnes qui reviennent de l'étranger est prévu? Si oui, à quelle échéance?

Le **président**: Monsieur Rigot, je pense que le temps de parole de votre groupe était épuisé, mais je vous donne néanmoins une minute pour poser vos questions.

13.15 Patrick Prévot (PS): Monsieur le président, il n'était pas épuisé du tout. Il restait plus de trois minutes.

Le **président**: Ma mémoire est donc défaillante. Monsieur Rigot, si vous souhaitez intervenir, vous disposez donc de trois minutes.

13.16 Hervé Rigot (PS): Monsieur le président, je serai bref. Je ne doute pas que de nombreux propos ont déjà été tenus. Je m'en réfère au texte écrit de mes questions.

Madame la ministre, il y a quelques mois, je vous interpellais sur les conséquences que le développement des e-pharmacies pourrait avoir sur l'avenir des pharmaciens indépendants.

La crise que nous traversons a provoqué une explosion des ventes en ligne de produits médicaux et paramédicaux. Une forte hausse a notamment été constatée dans l'achat d'ibuprofène dont nous n'ignorons pas les conséquences d'une consommation inappropriée (ulcère, altération du foie, insuffisance rénale...).

Les raisons? Facilité d'accès, publicité permanente, ristournes conséquentes....

Le risque? Banaliser la consommation de certains médicaments et accroître l'automédication avec les conséquences néfastes que l'on connaît.

Les pharmaciens jouent un rôle majeur dans la bonne utilisation des médicaments en vente libre et permettent d'identifier des interactions médicamenteuses ou des contre-indications potentiellement dangereuses.

Madame la ministre, doit-on s'inquiéter de cette hausse des ventes en ligne de produits médicaux et paramédicaux?

Quelle attitude adopter à l'égard de la publicité faite par le commerce en ligne et singulièrement celle faisant état de ristournes?

Envisagez-vous de définir un cadre de vente plus strict (limitation à certains produits, volume plafonné, contrôle identité acheteur...) pour ces ventes en ligne afin de protéger davantage les patients?

Madame la ministre, la même question revient sur la table depuis des mois. Le port du masque est "fortement recommandé" par le gouvernement mais pas "obligatoire".

Alors que de nombreux experts (Erika Vlieghe, Steven Van Gucht, Mac Van Ranst...) recommandent d'imposer le port du masque dans les magasins, le CNS de ce mercredi 24 juin n'a pas modifié sa position.

En cette fin du mois de juin, de nouvelles études attestent de la réduction de la transmission grâce au port du masque et nous savons qu'il faut demeurer sur nos gardes quant à une reprise éventuelle de la pandémie.

Si COMEOS se réjouit de la décision du CNS, force est de constater qu'elle contraint une fois encore certains bourgmestres à suppléer au manque de clarté en imposant le masque dans certains lieux.

Madame la ministre, il nous faut une communication claire à l'heure où, effectivement, nous pouvons constater, après des mois d'efforts, un certain relâchement au sein de la population.

Ma question est toujours la même: pourquoi donc ne pas avoir opté pour une obligation claire du port du masque dans les magasins?

Estimez-vous la mesure inutile? Si oui pourquoi?

Quelle attitude préconisez-vous d'adopter si les distances de 1m50 ne peuvent être respectées dans certains magasins? Qui doit prendre les responsabilités de veiller à la bonne application de cette mesure de distanciation?

Madame la ministre, l'infectiologue Yves Van Laethem, porte-parole du centre interfédéral de lutte contre le coronavirus, a, récemment encore, indiqué qu'il n'y aurait pas de vaccins en suffisance pour tout le monde et qu'il faudrait donc faire des choix et établir une liste de groupes prioritaires.

Un avis du Conseil supérieur de la Santé est d'ailleurs attendu dans ce cadre alors même qu'il n'existe pas encore de vaccin à ce jour.

Madame la ministre, quel est l'avis du CSS sur ce point et quelle est votre position?

Comment savons-nous d'ores et déjà que les vaccins ne pourront être suffisants pour l'ensemble de la population alors même que celui-ci n'est pas encore développé?

Qui pourraient constituer les groupes prioritaires au niveau de la vaccination et sur quelle base ont-ils été déterminés? Le personnel soignant devrait-il faire partie de ces groupes prioritaires?

Prévoyez-vous la gratuité du vaccin pour tous les citoyens ou pour les groupes prioritaires uniquement?

Certains médias affirmaient récemment que la Belgique envisageait l'obligation du vaccin anti-Covid alors que certains experts parlent de campagne de sensibilisation mais non d'obligation. Qu'en sera-t-il?

Madame la ministre, de nombreux citoyens m'ont interpellé concernant ce qu'on dénomme le Covid "longue durée". Dans les formes traînantes ou à rechute, les patients se plaignent surtout de fatigue, de difficultés respiratoires, de tachycardie. « Il s'agit d'une rechute des symptômes, mais très peu de ces patients ont encore une PCR positive », c'est-à-dire une charge virale, souligne d'emblée Pierre Tattevin, chef du service des maladies infectieuses au CHU de Rennes.

Non exceptionnels après une infection virale, ces tableaux déroutent toutefois médecins et malades. "La fatigue peut être extrême au point de dormir plus de quinze heures par jour. Il y a aussi la sensation de membres 'lourds à porter', des difficultés de concentration qui contraignent parfois à arrêter un travail qui venait d'être repris, des céphalées", énumère la professeure Dominique Salmon, infectiologue à l'Hôtel-Dieu à Paris.

Madame la ministre, en quelques mois, les signes cliniques de l'infection au SARS-CoV-2 ont été identifiés. Mais, au-delà des symptômes aigus, médecins et patients découvrent toute une palette de troubles survenant plus à plus long terme.

De nombreux hôpitaux en France organisent un suivi systématique de leurs patients Covid-19, et des consultations post-Covid se sont créées. Qu'en est-il en Belgique? Quel est le nombre de demandes de suivi post-Covid dans nos hôpitaux belges?

Est-il prévu de sensibiliser l'opinion publique, et en particulier les employeurs et les médecins, à l'existence du Covid longue durée, afin que ces patients reçoivent le suivi adapté et soient compris de leur entourage?

Des recherches sont-elles menées dans notre pays notamment autour de ces symptômes post Covid qui, apparemment, handicapent la vie de patients, parfois jeunes, qui se retrouvent dans l'incapacité de mener une vie normale à nouveau?

Monsieur le ministre, comme nous, vous avez pris connaissance des conclusions de l'étude effectuée par Test-Achat sur la qualité des masques vendus en Belgique. Il a ainsi été constaté que:

- 4 masques en tissu sur 10 ne répondaient pas aux critères de qualité requis;
- des masques sont vendus en pharmacie en tant que masque chirurgical alors que ce n'est pas le cas;
- un masque réutilisable est en moyenne 2,5 fois plus cher en pharmacie qu'en grande surface.

Les résultats imposent un constat clair: les pouvoirs publics doivent surveiller de plus près la vente des masques buccaux dans l'intérêt de tous!

Monsieur le ministre, envisagez-vous de renforcer les contrôles sur la qualité et la certification des masques vendus? Des normes contraignantes sont-elles à l'étude?

Envisagez-vous d'exiger davantage d'informations à destination du client telles que le type de masque, l'efficacité de la filtration, le nombre de lavage maximum?

Nous le demandons depuis plusieurs semaines, le consommateur le demande aussi: envisagez-vous de plafonner le prix des masques buccaux?

Je voudrais juste souligner comme ma collègue Mme Rohonyi que j'entends l'argumentation de M. De Backer pour le report de la question au niveau de la Défense. Pour moi, il ne s'agissait pas du marché en tant que tel mais bien de l'usage qu'on allait en faire et du bénéficiaire qu'est le citoyen. J'aurais souhaité que cette question soit abordée ici en commission de la Santé, mais nous irons donc la poser demain en commission de la Défense.

Je veux rappeler l'importance des contrôles. Il y a quelques semaines, on parlait de qualité des masques pour les citoyens, de manque de contrôle, de manque de conformité et de manque d'assurance. Il était également question de différences de prix non justifiées entre les pharmacies et les grands magasins.

Et puis, aujourd'hui, les FFP2 suscitent énormément de questions ainsi que de grandes craintes quant à leur conformité et à la possibilité d'avoir mis en danger le personnel soignant. Monsieur le ministre, j'espère donc obtenir tous les apaisements utiles et des réponses à ces questions.

13.17 Magali Dock (MR): Monsieur le président, je ne serai pas très longue.

Madame la ministre, les symptômes de certains malades frappés par le COVID-19 n'ont pas nécessité d'hospitalisation. Pourtant, de nombreux témoignages de ces personnes désormais "guéries" font état de symptômes persistants, alors qu'auparavant elles se trouvaient en bonne santé. Il est notamment question de douleurs thoraciques, de fièvre, de fatigue ou de difficultés respiratoires. Ces manifestations récurrentes de la maladie perturbent grandement leur vie quotidienne et les empêchent de reprendre une vie normale.

Face à leur détresse, le corps médical semble démuni. En effet, d'aucuns expliquent que la durée de leur convalescence étant variable, ils n'ont pas de perspective temporelle claire quant à un retour à leur forme physique d'antan.

Madame la ministre, quelles informations pouvez-vous nous communiquer quant à ces patients? Des recherches ont-elles été entreprises? Une dégradation durable de leur état de santé est-elle possible? Quelle prise en charge leur offre-t-on?

13.18 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mevrouw de minister, dexamethasone is een ontstekingsremmer uit de familie van de steroïden en zou de sterfte van wie het meeste door COVID-19 getroffen is met een derde kunnen verminderen. De studie maakt deel uit van de grote RECOVERY Trial. Het geneesmiddel bestaat al vijftig jaar en werd gebruikt bij de behandeling van reuma en wordt nu gebruikt bij de behandeling van kanker. COVID-19-patiënten kampen met een zuurstoftekort en ontsteking is daar het probleem. De overdrive van het immuunsysteem zou kunnen worden afgeremd met dexamethasone. Het middel is niet duur, is in de handel verkrijgbaar en kan onmiddellijk worden gebruikt. Het wordt door meerdere producenten geproduceerd, waaronder Novartis, die het onder verschillende namen op de markt brengt. De BVAS heeft al opgeroepen om niet massaal het middel te kopen. De heer Meyfroidt vreest een run op het geneesmiddel.

Is er ondertussen al meer zicht op de wetenschappelijke resultaten? Die werden immers niet via *peer reviewed* wetenschappelijke tijdschriften gepubliceerd, maar via persberichten. Wat is daar uw evaluatie van? Is er ondertussen een stijging in de verkoop van het geneesmiddel in België? Wat zijn de cijfers? Wie produceert het middel en wie brengt het op de markt in België?

Een groeiend aantal COVID-19-patiënten ondervindt een groeiend aantal gezondheidsklachten na een bepaalde termijn, maanden na hun eerste symptoom van COVID-19. Hieronder valt vermoeidheid, kortademigheid, hoofdpijn, huiduitslag enzovoort. Veel patiënten herstellen bovendien zeer moeizaam en hebben last van langdurige klachten. In een onderzoek van de Universiteit Maastricht, kenniscentrum Ciro, het Nederlandse Longfonds en de Universiteit Hasselt werden 1.600 patiënten bevraagd. Allen hadden een

milde vorm van COVID-19 en waren niet in het ziekenhuis opgenomen. De onderzoekers geven aan dat we moeten voorkomen dat die groep patiënten, die vaak geen nazorg hebben gehad, tussen schip en wal belanden. Ook een groeiend aantal mensen met aanhoudende langdurige klachten laten in een onlinecampagne weten dat ze zich niet erkend voelen. Het gaat dus over coronapatiënten met langdurige klachten. Na de zomer willen de onderzoekers hun onderzoek overdoen om te kijken of die klachten aanhouden.

Bent u op de hoogte van de situatie? Ik vermoed van wel. Bent u op de hoogte van het onderzoek en de betreffende onlinecampagne, via Facebook? Welke initiatieven of maatregelen zal u nemen om deze groep patiënten beter te ondersteunen?

Ma troisième question concerne le plan d'action en treize mesures élaboré par le gouvernement wallon. Il devra veiller, entre autres, à ce que les structures d'accueil soient mieux armées face à une éventuelle deuxième vague du coronavirus. Des équipes pluridisciplinaires mobiles vont être constituées pour venir en aide aux structures qui en auraient besoin. Le GEES a, en outre, noté dans son dernier rapport qu'il faudrait également développer un plan d'action à l'échelle fédérale à cette fin.

Se pose évidemment la question des compétences respectives des Régions et du fédéral. Où en est le plan fédéral d'action? Pourquoi n'est-il toujours pas opérationnel? Quelles mesures avez-vous prises ou comptez-vous prendre?

De **voorzitter**: De ministers krijgen 45 minuten spreektijd. We zien wel of er eventueel meer tijd nodig is. Ik moet er wel over waken dat er voldoende tijd overblijft voor de replieken.

13.19 Minister **Philippe De Backer**: Mijnheer de voorzitter, er waren veel vragen. We zullen dus proberen zo goed mogelijk te antwoorden.

Ik heb mijn antwoorden georganiseerd via een aantal thema's, die volgens mij een licht kunnen werpen op de verschillende vragen die de verschillende fracties hebben gesteld. Ik begin meer algemeen en ga vervolgens specifiek in op een aantal vragen.

Ik begin met de testing en de testingcapaciteit. Daaraan hebben we de afgelopen maanden hard gewerkt. Op dit moment hebben we een capaciteit van 45.000 tests bereikt dankzij klinische laboratoria samen met het federaal platform. Operationeel is dat nu een stuk teruggeschoefd. We voeren nog altijd 10.000 à 15.000 tests per dag uit. Daaronder zit maar een gering aantal positieve gevallen: 100 à 150 per dag. Jammer genoeg is er de afgelopen dagen wel een stijging.

De testcapaciteit blijft natuurlijk essentieel. Een aantal weken vroegen we Sciensano al te berekenen welke testcapaciteit we dit najaar nodig zullen hebben. Met COVID-19 zit je immers met een klinische diagnose die zeer sterk lijkt op die van andere virale luchtweginfecties. Een zes- tot achttal weken geleden heeft Sciensano die oefening gemaakt. Daaruit kwam dat er per dag ongeveer 50.000 tests nodig zijn, op sommige dagen zelfs tot 70.000.

Daarvoor moet een gigantische logistieke operatie worden opgezet. Het is de bedoeling dat de opgebouwde capaciteit via het federaal platform, die absoluut haar nut heeft bewezen op het hoogtepunt van de crisis, terecht kan in de al bestaande klinische laboratoria. Met die klassieke labs, een aantal universitaire laboratoria en een aantal privéspelers, en met de commissie Klinische Biologie hebben we een oefening opgezet om te bekijken welke capaciteit zij precies tegen september specifiek voor COVID-19 kunnen reserveren. Het gaat hier om puur PCR-capaciteit. Tegelijk hebben we ook rondetafels georganiseerd om contacten te hebben met leveranciers van onder meer reagentia, wissers en machines. Aan hen stelden we dezelfde vraag: hoeveel kan er tegen september naar België komen om de capaciteit te helpen opdrijven? De klinische laboratoria kregen die vraag al een drietal weken geleden. Zij zullen de komende tijd stappen moeten zetten om het doel van 50.000 tests per dag te halen. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de labs zelf, zij moeten de capaciteit uitbouwen. Het RIZIV heeft wel toegezegd dat daar investeringsbudgetten tegenover kunnen staan en dat er bekeken kan worden hoe de additionele OPEX kunnen worden opgevangen. Zo is er bijvoorbeeld extra personeel nodig.

We hebben ook gesproken over de verschillende andere technologieën die gebruikt kunnen worden om de testcapaciteit te vergroten.

Un des éléments qui reste intéressant pour nous est la salive, l'auto-prélèvement, le *next gen sequencing*, le *pooling* des tests. Le chiffre avancé par l'Université de Liège parle de 25 ou 30 000 tests par jour mais il s'agit de tests en *pooling*, pas individuels. Il faut donc se rendre compte qu'à ce moment-là, on perd de la sensibilité du test notamment. Le *pooling* peut intervenir en période de pandémie lorsque peu de gens sont infectés, mais s'il y a à nouveau une croissance, chaque *pool* sera positif et il faudra retester tout le *pool*, ce qui n'a donc plus de sens.

On est dès lors en train de discuter avec de nombreux interlocuteurs autour de la table, notamment l'INAMI, les labos, la commission de biologie clinique, le Centre de référence qui doit coordonner les efforts des différents labos intra-muros et extra-muros... On se réunit donc depuis plusieurs semaines pour discuter de ce problème et comment le résoudre. Il n'y aura pas une seule solution pour disposer de la capacité en septembre. Il faudra travailler en parallèle sur différentes solutions.

Un des éléments est ce tube développé à Liège, contenant un réactif d'inactivation du virus. Peut-on l'utiliser sur toutes les machines par exemple? Certaines machines ne peuvent pas fonctionner avec ce type de réactif, d'autres bien. Tous ces aspects sont examinés pour l'instant. On discute avec la commission de biologie clinique pour être sûr qu'on a tous les éléments-clés en main.

Er valt natuurlijk ook een link te leggen met de huisartsen. We zullen moeten zien hoe de stalen worden afgenomen. Opnieuw, zijn er alternatieve mogelijkheden of moeten we ons beperken tot de wissers en de klassieke staalname via neus en keel? De klassieke klinische labo's moeten instaan voor het geven van de wissers. Als er tekorten zijn, moeten we daar met de klinische labo's over spreken. Die signalen krijg ik niet. We hebben altijd gezegd dat als er bijvoorbeeld in de ziekenhuizen tekorten zouden zijn, er noodleveringen van wissers kunnen gebeuren. Die oefening is bezig bij de FOD Volksgezondheid, zodat we die gesprekken hebben. Moeten huisartsen die stalen nemen? Kunnen daarvoor verpleegsters worden opgeleid? Kunnen labo's daarvoor instaan? Hoe zullen we de triagepunten organiseren? Ook die oefening is volop bezig, om met zijn allen samen effectief de capaciteit van 50.000 tot 70.000 testen te halen. Daarbij wordt een discussie gevoerd over wie we nu zullen testen.

J'entends parler d'un dépistage massif mais il faut savoir qu'on teste déjà pas mal. On teste de deux à quatre fois plus que les Pays-Bas, la France ou l'Allemagne. Il faut aller voir les chiffres disponibles sur le site *Our World in Data*. On peut y voir le nombre de tests effectués chaque jour. Dès le début de la crise, la Belgique se classe dans le top 10 des pays classés.

On est également en train d'examiner comment sécuriser le système: qui va prendre les prélèvements, quid de la connectivité entre les laboratoires? Si un labo est en pénurie par exemple, peut-il envoyer des échantillons dans un autre labo pour avoir ce type de résultats le plus rapidement possible? Tous ces éléments-clés sont en discussion depuis des semaines avec la commission de biologie clinique. Chaque fois qu'on a résolu un problème, plusieurs autres problèmes apparaissent mais nous allons y arriver, j'en suis convaincu.

Nous discutons également d'un cliquet, à savoir comment on peut utiliser les tests au mieux. Là aussi, il faut prendre une décision.

Ik denk dat het bijvoorbeeld geen goed idee is om ziekenhuiscapaciteit te gebruiken om voetballers te testen op dit moment; men bouwt beter een beetje strategische stock op voor het najaar. Wij moeten veeleer bekijken hoe wij ziekenhuizen en labo's kunnen helpen bij het opbouwen van voldoende testcapaciteit. Zoals ik zei, engageert de overheid er zich toe om een stuk investeringsbudget vrij te maken om via het RIZIV tegemoetkomingen te doen. Wij hebben ook contacten met leveranciers om hen te pushen om het maximum te doen voor onze labo's. Zo zijn er in een aantal labo's al verdubbelingen van capaciteit gebeurd in de afgelopen weken en maanden dankzij onze interventies. Op dat vlak werken wij op dit moment dus absoluut goed samen en wij sluiten daarbij geen enkele innovatieve of nieuwe toepassing a priori uit.

De rapportering is natuurlijk ook een interessant en belangrijk aspect: niet alleen het coderen van het staal, maar ook het rapporteren van het resultaat. De afgelopen maanden hebben wij heel hard gewerkt aan het inkorten van de tijd. Ik heb de laatste cijfers opgevraagd: 90 % van de testresultaten van de stalen komt binnen 24 uur binnen, 95 % binnen 48 uur. Dat ligt in de lijn van wat wij zien in de grote landen en in onze buurlanden, die ook veel testen. Onze *turnaround time* is dus een logische *turnaround time*. Vergeet niet dat ondertussen 90 à 95 % van de testen gebeurt door de klinische labo's zelf en niet meer op het federaal platform.

De rapportering binnen de databank van Sciensano verloopt aan de ene kant richting de contacttracing, wat zo snel mogelijk moet gaan. Vandaag werkt dat systeem als push – men duwt de resultaten één keer per dag door naar de callcenters – maar men is nu aan een update bezig, waardoor continu gegevens richting de callcenters worden gestuurd en er minder tijd nodig is. Die discussies spelen zich af in het Interfederaal Comité, waar de regio's er samen met ons alles aan doen om dat te verbeteren.

Problemen met de consolidatie van de resultaten hebben vaak te maken met het feit dat de rapportering door sommige labo's of ziekenhuizen aan de centrale databank van Sciensano soms vertraging oploopt. Ook daar pushen wij iedereen om zo snel en zo duidelijk mogelijk te rapporteren. Dat is nodig, omdat de databank van Sciensano wordt gebruikt om clusteranalyses te doen en om te kijken waar besmettingen ontstaan zijn.

Het samenwerkingsakkoord zal ons daar natuurlijk ook bij helpen. De Raad van State heeft ons een aantal weken geleden met de neus op de feiten gedrukt daaromtrent: dat is een regionale bevoegdheid. Op een heel korte tijd hebben de gewesten en de gemeenschappen dan ook een samenwerkingsakkoord gemaakt. Ondertussen hebben wij een KB gepubliceerd dat de wettelijke basis van de databank vormt. Het functioneert nu, maar het zal in de komende weken nog versterkt moeten worden. Wij zullen natuurlijk ook rekening moeten houden met de opmerkingen van de Gegevensbeschermingsautoriteit en met het nieuwe advies van de Raad van State. Het samenwerkingsakkoord is echter een essentieel instrument om in een wettelijke basis te voorzien, zodat de gewesten en de gemeenschappen het contactonderzoek kunnen doen.

De aanpassing van het samenwerkingsakkoord zal dus zo snel mogelijk tot een goed einde moeten worden gebracht.

Ondertussen heeft Sciensano niet stilgezeten. Wij hebben vorige week nog een update van Sciensano gekregen over waar men nu met de clusterdetectie en clusteranalyse staat. Men doet dat op het niveau van de gemeenten en van de collectiviteiten. Ook wat dat betreft, is Sciensano heel erg afhankelijk van de opvolging door en de informatie van de regionale gezondheidsinspecteurs. Het zijn die inspecteurs die op regionaal niveau instaan voor clusterdetectie en rapportering. Wanneer omgekeerd op basis van testresultaten een anomalie wordt vastgesteld, volgt er natuurlijk een signaal aan de regionale overheden en de gezondheidsinspecteurs, die daarmee dan aan de slag kunnen gaan.

Ondertussen werden een twintigtal alarmsignalen verstuurd. Zij worden nader onderzocht. Tot nu toe zijn er geen grote haarden of konden zij tot een specifieke haard worden teruggebracht, zoals een collectiviteit.

Met het stijgend aantal besmettingen zal daarnaar de komende dagen en weken natuurlijk extra aandacht moeten gaan, opdat de regionale gezondheidsinspecteurs heel kort op de bal kunnen spelen en snel kunnen reageren op het signaal dat Sciensano op basis van positieve tests geeft, zodat snel kan worden uitgevogeld wat de oorzaak van een besmetting is.

Er zullen in dat verband protocollen van toepassing worden, protocollen die al bestaan voor scholen en collectiviteiten op het regionale niveau. Voor bedrijven wordt daarover met de arbeidsgeneesheren gesproken. Die linken zijn vandaag op het regionale niveau, voor zover ik ben geïnformeerd, vandaag allemaal aanwezig.

Er waren ook nog de zeer technische vragen over de serologische tests van mevrouw Gijbels, die er even niet is. Ik heb vorige week in de regering al aangegeven dat inzake serologie er een heel sterk voortschrijdend inzicht is.

Eind maart en in april 2020 was men er nog van overtuigd dat serologie een heel belangrijke rol bij de exit kon spelen en dat massaal moest worden gedetecteerd. Nu blijkt echter dat het aanmaken van antistoffen bij verschillende patiënten heel variabel is en dat het niet altijd duidelijk is of het lichaam die antistoffen wel behoudt. Sommige studies van Sciensano geven aan dat die stoffen toch een aantal maanden aanwezig blijven. Andere studies spreken dat dan weer tegen.

Wij moeten dus goed in de gaten houden op welke manier serologie een rol kan blijven spelen. Ook wat precies wordt gedetecteerd en de manier waarop dat wordt gedetecteerd, dus het type tests, zal belangrijk worden. Gaat het over IgG, IgM, IgE of over de T-Cell responses? Daarover bestaan verschillende studies, waaronder metastudies, die Sciensano – ik probeer dit vanuit mijn achtergrond – nauwlettend opvolgt.

Van de resultaten zal heel sterk afhangen op welke manier de serologie op een gegeven moment misschien opnieuw een plaats in de teststrategie zou kunnen krijgen. Vandaag speelt ze niet zozeer een rol in de individuele diagnostiek, hoewel bij Sciensano in de aanbevelingen heel duidelijk staat dat ze in sommige gevallen als een soort *rattrapage* zouden kunnen functioneren en dat ze ook op die manier worden toegepast.

Wij hebben ons in ieder geval van voldoende serologische tests verzekerd, mochten de inzichten ter zake opnieuw veranderen.

Er waren ook vragen over het beschermingsmateriaal. Toen de taskforce begon, werd hij zoals in elk ander land geconfronteerd met problemen om beschermingsmateriaal te verkrijgen. De internationale markt was zeer problematisch en voor de taskforce begon te werken, gebeurden controles van bestellingen op basis van certificaten, testrapporten en een visuele inspectie van de kwaliteit van de maskers. We beseften redelijk snel dat dat niet volstond in die marktcondities, te meer omdat de ziekenhuizen ook veel vragen hadden over de kwaliteit van het materiaal dat ze zelf hadden besteld en aangekocht.

Eind maart beslisten we dan om een vereenvoudigde testprocedure in te voeren, net als Nederland, Spanje en Duitsland. De capaciteit van de geaccrediteerde labo's was immers volledig volzet en men moest twee of drie maanden wachten op een test. Er werd toen een protocol opgesteld met het oog op een relatief snelle validatietest. Wij hebben SGS gevraagd om testen te doen in het land van oorsprong. Er zijn testrapporten over de filtratiegraad, van geaccrediteerde labs, die de testen daar volgens de geldende normen en procedures hebben uitgevoerd. Er is vervolgens een nieuwe test gebeurd, toen de maskers in België aankwamen, de zogenaamde ATP-procedure. Leveranciers die moesten leveren aan ziekenhuizen en andere spelers en die geen certificaat van een geaccrediteerd lab konden voorleggen, zijn toen ook uitgenodigd om de ATP-procedure te volgen. Dat gold voor de grote zendingen die via de luchthavens zijn binnengekomen, en voor elke bestelling van de federale overheid en de taskforce. Dus niet elk masker dat in België is aangekomen, werd volgens die procedure getest, want sommige ziekenhuizen hebben zelf testen gedaan of vertrouwden op hun leverancier. Het geldt wel voor elk masker dat is aangekocht door de federale overheid. Dat heeft ter plaatse testen ondergaan, is naar hier gebracht en heeft controletesten ondergaan. Pas toen wij er zeker van waren dat het om goede maskers ging, zijn ze vrijgegeven.

Onze procedure had dus tot doel een bijkomende controle uit te voeren en zeer snel goede van slechte maskers te kunnen onderscheiden, op basis van testprotocollen die ook in Nederland, Spanje en Duitsland worden gebruikt.

Er kunnen verschillende protocollen worden gevolgd. Twee essentiële zaken komen altijd terug wanneer men een vereenvoudigde procedure wil volgen, namelijk filterpenetratie en de *fit* op het gezicht. Wij hadden gemerkt dat veel van de labo's die in het begin testten, vooral keken naar de filtercapaciteit en niet zozeer naar de *fit*. Als een Chinese leverancier zijn masker laat testen in China, is er natuurlijk geen probleem met de *fit*, terwijl dat wel het geval is voor de *fit* voor westerse gezichten.

Wij hebben in België in de ATP-procedure de twee zaken getest. Wij hebben de procedure opgesteld in samenwerking met ziekenhuizen in Antwerpen, Leuven en Jolimont. Er werden daarbij onder andere ook experts in preventie betrokken om na te gaan wat de beste manier zou zijn. Zo is die ATP-procedure ontstaan. Die is achteraf nog twee keer gewijzigd, begin en eind mei, om ze te verfijnen en te versterken. Die procedure heeft gewerkt, want ze heeft ervoor gezorgd dat toch een hoog percentage, minstens twee derde, van de maskers werd geweigerd. Dat waren trouwens niet de maskers van de federale overheid. Wij hebben op een bepaald ogenblik de ziekenhuizen die aan het bestellen waren, ook de mogelijkheid geboden om gebruik te maken van de ATP-procedure, als ze twijfels hadden over de kwaliteit van mondmaskers. Eigenlijk hebben wij gezorgd voor een extra kwaliteitscontrole. Kortom, dankzij onze procedure werden veel maskers die op papier misschien goed waren, toch van de markt gehaald en kon de aankoopprocedure correct verlopen.

Je reviens sur quelques détails techniques mentionnés dans un reportage diffusé ce week-end sur la RTBF. Nous sommes vraiment confiants. J'ai encore fait le tour des laboratoires participants, avec tous les experts, à Louvain, à Gand, à Jolimont, IDW.

Nous sommes très confiants dans le fait que la procédure que nous avons mise en place, dès le début, avec les tests effectués en Chine et les seconds tests en Belgique, est la bonne. Elle est aussi utilisée ailleurs.

Seul un des laboratoires où des tests ont été effectués a un protocole un peu différent. Une discussion a lieu entre experts.

Mais le protocole que nous avons mis en place, que nous avons conservé en l'adaptant au fur et à mesure, a vraiment aidé à séparer les bons masques des mauvais masques. Nous n'avons jamais mis en péril le personnel des soins de santé. Au contraire, nous avons introduit un test supplémentaire pour être certains que les tests sont concluants. Ces masques offrent une protection suffisante.

Selon moi, un des éléments-clés, également constaté dans les autres pays, est que la plus grande problématique est l'adaptation du masque à la morphologie. Le taux de filtration, souvent, était de bonne qualité.

Les masques étaient divisés en trois catégories: ATP OK, ATP *tape nose* (qui nécessitent l'ajout d'un accessoire sur le nez) et ATP *tape out* (qui nécessitent une fixation). Ces derniers n'ont jamais été distribués. Nous les gardons en réserve au cas où, dans le pire des cas, où nous n'aurions plus de masque FFP2 et où nous aurions distribué les masques ATP OK. Là aussi, nous sommes en train de considérer si nous les gardons.

Le stock stratégique actuel dépasse les 20, 25 ou 30 millions, si pas plus, de masques FFP2 de bonne qualité. Nous avons un stock stratégique suffisant, beaucoup plus important que le stock stratégique préexistant. Je pense que, grâce à cette procédure, nous avons garanti avec une plus grande certitude que ces masques FFP2 sont de bonne qualité.

Met betrekking tot de maskers die verkocht worden – dat gaat dan eerder over chirurgische maskers – verwijs ik ook graag naar mijn collega Muylle. Zij houdt vanuit de FOD Economie toezicht op die chirurgische maskers. Ook het FAGG is daarmee bezig. Wij hebben gezien dat er verschillen zijn in de kwaliteit van de maskers, maar het valt onder het normale markttoezicht om de kwaliteit van die maskers na te gaan. Als er klachten zijn, zal daarover zeker gecommuniceerd worden.

Wij hebben inderdaad ook aangeboden om deel uit te maken van een *joint procurement* op Europees niveau. Wij hebben daar 2,6 miljoen FFP2-maskers besteld. Daarvan werden er ondertussen reeds 500.000 geleverd. In de komende maanden zullen dus nog meer dan 2 miljoen FFP2-maskers binnenkomen, die deel zullen gaan uitmaken van de strategische stock die België nog aan het aanleggen is.

Tegelijkertijd hebben wij ons ook kandidaat gesteld voor het programma RescEU. Wij werden door de Europese Commissie aangezocht vanwege onze centrale ligging en ons stockmanagement, dat op een goede manier is gebeurd tijdens deze crisis, en we hebben daaraan meegedaan. De onderhandelingen lopen nog. Het gaat dan over de vraag welke types van beschermingsmateriaal wij gaan bijhouden. Het voordeel is dat wij dan een stock op Belgisch grondgebied hebben en dat wij eruit kunnen putten, mocht er iets gebeuren. Tegelijkertijd brengt dat ook een grote verantwoordelijkheid met zich mee. Als er ergens anders in Europa een uitbraak zou zijn, zullen wij die distributie ook op ons moeten kunnen nemen. Wij wachten nu op de evaluatie van de Europese Commissie. Als die positief uitvalt, zullen wij daarmee in de herfst kunnen starten.

Wij hebben dus een grote strategische stock, een roterende stock, aangelegd, die in het geval van een mogelijke tweede golf of bij lokale tekorten gebruikt kan worden. Dat is niet hetzelfde als de solidaire stock. Dat is een afspraak tussen de deelentiteiten en het federale niveau. Die is bezegeld door de RMG. Het is ook de RMG die instaat voor het opvolgen en uitvoeren van het akkoord. Er wordt een solidaire stock aangehouden, met een bepaald percentage van de aankopen, die in geval van nood tussen de verschillende gemeenschappen, gewesten en het federale niveau kan worden gedistribueerd, indien nodig.

Ik geef één voorbeeld. Wij hebben in het begin van de crisis 1,5 miljoen maskers naar AVIQ gestuurd, omdat er op dat moment tekorten waren. Ook daar kan er worden samengewerkt. Er werd een protocolakkoord opgesteld om op die manier de solidaire stock op een goede manier te gebruiken. Dat staat ook genotuleerd in het verslag van de RMG van 9 juli. Ik weet niet of dat verslag reeds openbaar is, misschien gebeurt dat pas in de loop van de komende dagen. Als het dan openbaar wordt, zult u daarin exact kunnen lezen waarover het gaat.

Naast de aangelegde federale stock, in onze eigen hangars, hebben wij natuurlijk ook beslist om een predistributie te doen. Dit wil zeggen dat een deel van de maskers en het beschermend materiaal in

predistributie wordt verdeeld aan de eerste lijn. Het is een strategische stock die lokaal wordt aangehouden. Als er lokaal iets misgaat, kan men daaruit putten. Er wordt ook gevraagd om die steeds aan te vullen, zodat die niet gewoon wordt opgesoupeerd, maar dat er effectief een strategische reserve is. Op die manier slagen wij erin om comfort te geven aan de eerste lijn. Het gaat over 1.000 chirurgische maskers, enkele tientallen schorten, handschoenen, *face shields* enzovoort.

In totaal gaat het over ongeveer 100 miljoen stuks aan beschermingsmateriaal die verdeeld zullen zijn. Dat is een substantiële hoeveelheid en daarmee hebben we onze taak vervuld om een *kickstart* te geven voor het decentraal aanleggen van een strategische stock. Op basis van een discussie bij de RMG en de FOD Volksgezondheid werd er initieel voor gekozen om dat voor een aantal specifieke groepen te doen, maar ook werd besloten na te gaan of die groepen konden worden uitgebreid en of daaraan groepen konden worden toegevoegd. Het antwoord daarop is ja. Die discussies lopen nog, bijvoorbeeld inzake podologen, kinesisten en anderen. Binnen onze mogelijkheden bekijken we zo breed mogelijk hoe we die predistributie kunnen regelen. Dat is nu volop bezig bij verpleegkundigen, huisartsen en zorgkundigen werkzaam binnen een federatie. Daar zullen ze worden verdeeld via de werkgever of de federatie. De anderen zijn op dit moment bezig de pakketten te ontvangen.

Het lijkt mij een logische strategie om decentraal een strategische stock aan te leggen met serieuze volumes. Als er dan een probleem zou zijn bij een zeer grote tweede golf, hebben we federaal ook een strategische stock. Aan de regio's werd eveneens gevraagd een strategische stock aan te leggen, om er effectief tegenaan te kunnen gaan. Er is ook een solidaire stock, zodat wanneer er in één van de gemeenschappen of gewesten een probleem zou opduiken, men kan compenseren en snel kan schakelen.

Ik heb hier het lijstje en ik wil het u voorlezen. In een eerste fase gaat het over huisartsen, hartspecialisten, tandartsen, thuisverpleegkundigen, thuiszorgkundigen en thuisvroedvrouwen. De FOD Volksgezondheid heeft trouwens een heel mooie lijst aangelegd wanneer verschillende groepen zullen worden beleverd. Ook lopen nu discussies om een strategische stock te bezorgen aan kinesisten, podologen, farmaceutisch-technische assistenten, audiologen, ergotherapeuten en anderen.

Inzake buitenlandse reizen zal ik het kort houden, want daarover zal minister De Block wellicht meer uitweiten. Vorige week hebben we de beslissing genomen om te werken met rode, oranje en groene zones. Het is eigenlijk heel eenvoudig. Wie zich in een rode zone bevindt of daaruit terugkeert, wordt inzake contacttracing beschouwd als een hoogrisicocontact. Dat houdt in dat er een test zal worden afgenomen, symptomatisch of asymptomatisch, en dat men in quarantaine moet. Eigenlijk is dat exact dezelfde procedure die wordt gevolgd. Stel dat er een besmettingsgeval is in België en men wordt gebeld om te zeggen dat men daarmee in contact is geweest, en dat men dus een hoogrisicocontact is, dan volgen we exact dezelfde procedure als wordt gevolgd door de gewesten en gemeenschappen in het contactonderzoek.

De complexiteit is dat we via de luchthavens het Passenger Locator Form hebben, waarvan we gebruik kunnen maken om na te gaan waar mensen vandaan zijn gekomen. Als er een positief geval is bij contacttracing, wordt dan door Saniport gekeken wie daarnaast zat en of die mensen eventueel moeten worden gecontacteerd. Dat is ook opgenomen in de contacttracing. Op dat vlak hebben we een logische structuur opgebouwd.

Mensen die terugkeren uit een oranje zone moeten heel goed oppassen en zichzelf goed in de gaten houden. Bij de minste symptomen raad ik echt iedereen aan om naar de huisarts te gaan. Dat geldt trouwens niet alleen voor mensen die terugkomen van een reis, maar voor iedereen in het algemeen. Ga snel naar de huisarts en laat u zo snel mogelijk testen, en ga in zelfquarantaine.

Trouwens, als men symptomen vertoont, moet men in quarantaine gaan. Dezelfde procedure als vandaag geldt dus.

Het Passenger Locator Form zal ook worden uitgebreid naar busreizen, treinreizen enzovoort. De realiteit gebiedt mij te zeggen dat het moeilijker is om mensen die met de auto gaan aan te spreken, maar ook zij zullen worden opgeroepen tot burgerzin om in hun eigen belang en het belang van hun omgeving een test te laten doen en contact te zoeken met de huisarts.

Tot daar mijn deel met betrekking tot de buitenlandse reizen.

Er waren nog vragen over het contactonderzoek. Binnenkort komt er een update van het IT-systeem dat erachter zit. Nu werkt men met een push. Dat moet een systeem worden dat constant updatet en voortdurend informatie naar de contactcenters laat doorstromen.

De ontwikkeling van de app moet daaraan worden toegevoegd. Het samenwerkingsakkoord was een essentieel element om daarin vooruitgang te kunnen boeken. Dit is een regionale bevoegdheid. De ontwikkeling van de app valt nu onder de bevoegdheid van het Interfederaal Comité Testing & Tracing, waarvan Karine Moykens aan het hoofd staat.

Op maandag 7 juli werd een onderhandse overheidsopdrachtenprocedure zonder bekendmaking uitgestuurd. Een twintigtal firma's werd aangeschreven om een offerte in te dienen tegen 13 juli. Die firma's zijn gekozen op basis van de *specs* die werden uitgeschreven door het Interfederaal Comité Testing & Tracing, op basis van de inschatting van het vermogen om binnen de vooropgestelde timing de diensten te kunnen opleveren en een testfase te doorlopen en te kijken hoe die *specs* eruit moeten zien.

Als ik goed ben geïnformeerd werden die *specs* opgesteld door Bart Preneel, een topeexpert op het vlak van de veilige ontwikkeling van de app. Hij was een aantal weken geleden ook aanwezig in de hoorzitting.

Ik heb al gesproken over de databank en het Interfederaal Comité dat zich daarover buigt en het samenwerkingsakkoord dat fijnmaziger moet worden gemaakt, zodat men die clusters kan gaan opsporen.

Ik heb gesproken over het draagvlak van de artsen. De onderhandelingen en discussies lopen. Dat is belangrijk.

Voor de detectie van lokale uitbraken moeten er casemanagers komen. Dat zal een regionale bevoegdheid zijn. Gezondheidsinspecteurs zullen hun équipes moeten versterken om, als er een signaal komt op basis van positieve testen, uit te zoeken wat er exact aan de hand is.

De vraag over de swabs heb ik ook beantwoord. We hebben op dit moment toch wel wat swabs in stock. Als daar problemen zouden zijn, kunnen de labo's of ziekenhuizen ons altijd contacteren. In eerste instantie zijn de labo's zelf natuurlijk verantwoordelijk voor het leveren van de swabs als zij testen afnemen.

Ik heb ook geschetst hoe de evolutie richting het najaar eruit zal zien.

Op het moment dat er bestellingen zijn geplaatst, niet zozeer door de federale overheid, maar ook door andere entiteiten, moet men voldoen aan de normering. Daarnaast zijn er vier tot vijf keer meer beschermingsgoederen binnengekomen dan wat besteld was door de verschillende overheden. De ATP-procedure is een derogatie, een afwijking, op de bestaande wetgeving. Op het moment dat de taskforce is aangetreden, is er een geobjectiveerd element ingebracht, met name de ATP-procedure, om na te gaan of de maskers van goede kwaliteit waren of niet. Ik heb niet direct weet van federale bestellingen, maar ik moet dat nog eens nakijken. Bij bestellingen geplaatst door derden waren er misschien wel discussies. Het is een geobjectiveerde procedure. Ik heb liever dat maskers niet worden toegelaten op de markt als ze van onvoldoende kwaliteit zijn en dat de producenten in het ongelijk worden gesteld dan het omgekeerde. Iedereen zal het daarover met me eens zijn.

Voor de opsporing in afvalwater zijn een aantal weken geleden al verschillende initiatieven genomen. Ik heb daarover contact gehad met Sciensano toen de allereerste, Amerikaanse paper uitkwam om te bekijken wat er op het Belgisch grondgebied gebeurt. Sciensano heeft ondertussen verschillende initiatieven die daarna gestart zijn bij elkaar gebracht, zowel in Vlaanderen als in Wallonië. Er wordt nu effectief bekeken hoe dat een rol kan spelen bij de opsporing van het COVID-19-virus in een soort van predetectie in bepaalde regio's.

Ik heb ook gesproken over de distributie en de testing.

J'ai clarifié l'augmentation de capacité des *testings*, les discussions sur la table, l'application avec le Comité interfédéral. Je pense avoir tout couvert.

Wat de handgels betreft, op het hoogtepunt van de crisis is er een derogatie gegeven om handgels te produceren, opdat er voldoende ontsmettingsalcohol op de markt beschikbaar zou zijn. Dat is ook gelukt, want het tekort was relatief snel verholpen. Het is nog steeds DG5, dat de controles uitvoert. Als men problemen vaststelt, dan worden de betrokken producten van de markt gehaald. Ik heb niet meteen weet

van problemen, maar ik kan voor u laten nagaan of er al producten van de markt zijn gehaald.

Voor de maskers hebben we trouwens een lijst gepubliceerd van alle maskers die kwalitatief niet voldoen. De SPF Economie heeft een publieke website met alle maskers van slechte kwaliteit, die alle hospitalen en andere actoren konden raadplegen. Misschien moeten we voor de handgels op dezelfde manier transparantie bieden.

Ik zie dat de heer Crombez vertrokken is, maar wat de clusterdetectie betreft, bekijken we de cijfers ook dag per dag. We kijken niet alleen naar gemiddelden, we houden de besmettingen ook dag per dag in de gaten, op lokaal en nationaal vlak, om na te gaan wat er aan de hand is.

En ce qui concerne le dispositif de *contact tracing*, le Comité interfédéral s'en occupe. Des discussions relatives à l'application sont encore en cours. On avance les dates relatives au marché public lancé et la manière dont il sera organisé.

Pour ce qui concerne la pénurie de tests, les discussions sont en cours. La capacité actuelle de 45 000 tests doit être préservée. Nous devons aussi récupérer les tests dans les labos cliniques, les hôpitaux, les laboratoires privés. Les acteurs sont assis autour de la table afin d'examiner l'augmentation possible de la capacité afin de disposer de suffisamment de tests pour l'automne. Nous discutons déjà des *cases definitions*: qui sera testé, quand, où...

Ten slotte, het FAGG houdt nog steeds lijsten bij van medicijnen die eventueel toegevoegd moeten worden op basis van klinische studies. Als het nodig is, past het de lijst aan en probeert het ook van de nieuwe medicijnen een strategische stock samen te stellen.

Le **président**: Madame De Block, je vais devoir vous accorder plus de temps que prévu.

Er wordt veel heen en weer gelopen tussen verschillende vergaderzalen. Ik zal eerst kort het woord geven aan de heer Creyelman en de heer Bertels, zodat zij hun vragen kunnen stellen. Daarna geef ik het woord aan minister De Block voor haar antwoord.

13.20 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw de minister, mijn excuses voor mijn vertraging. De commissie voor Landsverdediging besloot onverwacht om deze namiddag samen te komen, vandaar dat ik u even heb moeten laten wachten. In ruil daarvoor verwijs ik voor de inleiding van mijn vraag naar de schriftelijk ingediende tekst.

Chinese onderzoekers ontdekten dat de stam van een varkensgriepvirus alles in zich heeft om een nieuwe pandemie te veroorzaken. Die conclusie verscheen in het Amerikaanse wetenschappelijke vakblad Proceedings of the National Academy of Sciences. Tussen 2011 en 2018 werden 30.000 stalen bij varkens genomen, waaruit 179 varkensgriepvirussen werden geïdentificeerd. De virussen kregen de naam G4 en zijn genetisch verwant met de H1N1-stam die in 2009 tot een pandemie leidde.

De onderzoekers stelden vast dat de G4-virussen tot meer infecties leidden, zich vermenigvuldigden in menselijke cellen. Ze merkten bovendien uit in-vitrotesten dat de immuniteit die wordt verkregen na contact met menselijke seizoensgriepvirussen niet beschermt tegen G4. Hoewel er nog geen uitsluitsel is over dat feit an sich, vrezen de onderzoekers het moment dat het virus van mens op mens wordt overgedragen. Bloedtesten wezen immers uit dat 10,40% van de arbeiders die met de varkens in contact kwamen in hun bloed antilichamen van het virus bleken te dragen.

Het ene virus is nog niet weg, of er is blijkbaar al een andere kandidaat. Chinese onderzoekers hebben de stam onderzocht van een varkensvirus dat blijkbaar al pandemieklaar is, zoals dat wordt genoemd.

Mevrouw de minister, bent u op de hoogte van dat onderzoek? Welk gevolg geeft u daaraan? Hoe groot wordt de kans op een nieuwe pandemie door u of uw diensten ingeschat? Hoe bereidt u ons land voor om die virusstam het hoofd te bieden? Welke preventieve maatregelen zult u hieromtrent nemen en communiceren?

Zal u de Volksrepubliek China, bekend om zijn fantastische communicatie, al dan niet in samenspraak met internationale instanties, verzoeken om de nodige informatie uit te wisselen met betrekking tot die virusstam?

Zijn er in ons land laboratoria die deze virusstam onderzoeken? Indien ja, welke zijn hun eventuele tussentijdse bevindingen? Indien niet, plant u om die laboratoria in te schakelen in het onderzoek naar die virusstam?

Worden de varkens in ons land getest op die virusstam? Indien ja, zijn er al resultaten bekend van die onderzoeken? Indien niet, plant u zulke tests en wanneer worden die dan uitgevoerd?

Plant u om varkenshouders en overige werknemers uit die sector daaromtrent te informeren?

Tot daar mijn eerste vraag.

De **voorzitter**: Mijnheer Creyelman, snel, als het kan, alstublieft.

13.21 Steven Creyelman (VB): Ja, ik doe mijn best, mijnheer de voorzitter, maar ik kan niet sneller spreken dan fysiek mogelijk.

Mevrouw de minister, ik heb nog enkele vragen over het middel remdesivir. Ik heb echter begrepen dat collega Depoorter daar al vrolijk doorgefietst is, dus ik verwijs naar het schriftelijk deel van mijn vragen voor de inleiding.

Remdesivir werd oorspronkelijk ontwikkeld als geneesmiddel tegen ebola, maar kreeg daarvoor nooit goedkeuring. Nu blijkt het middel toch een toekomst te hebben. Zowel de FDA als EMA hebben het medicijn al voorwaardelijk goedgekeurd in de strijd tegen het coronavirus.

Uit studies blijkt dat Remdesivir de hospitalisatie bij gehospitaliseerde patiënten met gemiddeld vijf dagen doet dalen. Bij de heel zware gevallen blijkt het medicijn niet nuttig. Remdesivir is dus geen wondermiddel, maar het is tot op heden het enige geneesmiddel dat specifiek voor coronapatiënten is goedgekeurd.

De Verenigde Staten hebben nu een overeenkomst gesloten met Gilead waarbij zo goed als de volledige productie van Remdesivir tussen nu en september wordt gereserveerd in de hoop een half miljoen Amerikaanse coronapatiënten te kunnen behandelen.

Mevrouw de minister, zijn er in ons land al studies gebeurd met betrekking tot remdesivir? Indien ja, welke zijn daarvan de bevindingen? Wordt remdesivir ook in ons land al gebruikt om coronapatiënten te behandelen? Indien ja, hoe groot is onze voorraad en hoeveel patiënten gedurende welke periode werden er behandeld met die voorraad? Als u die cijfers niet bij de hand hebt, mag u mij dat deel van het antwoord op een later tijdstip schriftelijk bezorgen.

Brengt de overeenkomst tussen Gilead en de Verenigde Staten de behandeling van onze patiënten in gevaar? Welke alternatieven zijn er eventueel op de markt? Heeft u al contact gehad met Gilead om de levering van het medicijn aan ons land veilig te stellen? Welke waren desgevallend de resultaten van die contacten?

Zowel de FDA als EMA hebben het medicijn Remdesivir voorwaardelijk goedgekeurd in de strijd tegen het coronavirus. Producent Gilead stelde Remdesivir, in afwachting van de commerciële lancering, ter beschikking in het kader van programma's voor 'compassionate use'. De leveringen in dat kader lopen nog tot in juli.

Gegeven de overeenkomst tussen Gilead en de Verenigde Staten vernam ik van de minister graag het volgende:

Werd er in ons land al gebruikgemaakt van remdesivir in het kader van *compassionate use*? Indien ja, over hoeveel patiënten gaat het en ten belope van welke kostprijs?

Zal remdesivir in aanmerking komen voor terugbetaling via het derde-betalerssysteem? Neemt u daaromtrent, gegeven de toch wel bijzondere omstandigheden, zelf initiatieven?

Zult u met Gilead onderhandelen om een korting te verkrijgen, al dan niet in het kader van het befaamde artikel 111?

De **voorzitter**: Mijnheer Bertels, ik geef u het woord en ik vraag u om het ook zo kort mogelijk te houden.

13.22 Jan Bertels (sp.a): Mijnheer de voorzitter, ik zal het heel kort houden.

Mevrouw de minister, het Parlement en uw beleidscel hebben goed samengewerkt omtrent het Zorgpersoneelfonds 2020, dat vorige maand in de Kamer goedgekeurd werd.

Hoever staat u met de praktische uitvoering of de voorbereiding van de praktische uitvoering met betrekking tot het Budget van Financiële Middelen van de ziekenhuizen, het Maribelfonds voor de opleidingen en de uitvoering van de maatregel voor zelfstandigen? Loopt daarover al overleg?

De **voorzitter**: Mevrouw de minister, ik geef u het woord en ik geef u 45 minuten spreektijd. Ik hoop dat u binnen die spreektijd kunt antwoorden.

13.23 Minister Maggie De Block: Mijnheer de voorzitter, geachte leden, bedankt voor alle vragen, die ik tracht wat te bundelen.

Een deel van de vragen polst naar een stand van zaken van de evolutie van het virus en wat wij ter zake doen. Wij zetten in op sensibilisering en blijven alles opvolgen. Er is inderdaad een evolutie in de cijfers. In de jongste zes dagen zien wij een stijging van het aantal positief geteste personen. Hoewel het om een lichte stijging gaat, stijgt dat cijfer wel al zes dagen, dus dat moet van zeer nabij opgevolgd worden, samen met de andere indicatoren.

Sciensano blijft dagelijks het aantal nieuwe gevallen opvolgen, het identificeert ook de clusters en het brengt de regionale gezondheidsautoriteiten op de hoogte. Daarna is er natuurlijk de contacttracing. Sciensano heeft ook een nieuwe tool die dagelijks geüpdatet wordt, namelijk epistat.wiv-isp.be. Ook via de website info-coronavirus.be is er heel veel informatie beschikbaar, die altijd wordt bijgewerkt, evenals via het 0800-nummer, dat zich daarop baseert voor de antwoorden. Ik verwijs ook naar de nieuwsberichten en de socialemediakanalen van het Crisiscentrum. De FOD Volksgezondheid en Sciensano geven updates en beantwoorden vragen.

Er zijn ook boodschappen via de sociale media, en er is ook een nationale campagne voorbereid onder coördinatie van de algemene directie Externe Communicatie van de FOD Kanselarij, die eerstdaags zal verschijnen. Bij de uitwerking van deze campagnes zijn ook gedragspsychologen betrokken. Ook influencers werden bij het plan betrokken.

De R-waarde werd tot nu toe opgenomen in het wekelijks rapport. Voortaan zal die ook worden gepubliceerd op de informatiepagina, waar de bevolking dagelijks live de evolutie van het aantal besmettingen kan opvolgen.

Er zijn ook nog campagnes door de gemeenschappen en van de infocel van het Nationaal Crisiscentrum. Die worden afgestemd met de provinciale en de lokale niveaus.

Binnen het crisisbeheer is er permanent contact met de vertegenwoordigers van de gezondheidszorgbeoefenaars. Er is ook een communicatie in voorbereiding inzake de herhaling van de boodschap dat reguliere zorg niet uitgesteld mag worden en dat alle initiatieven in zorginstellingen, bij artsen en tandartsen genomen zijn om de mensen op een veilige manier de nodige zorg te kunnen geven.

De vraag werd gesteld naar maatregelen. Er is de zeer fijnmazige surveillance van Sciensano. Dat wil zeggen: peilpraktijken, gegevens van labo's, gegevens van woon-zorgcentra, gegevens van ziekenhuizen. Die worden allemaal dagelijks verstuurd waarna 's avonds een stand van zaken wordt opgesteld waarvan alle verantwoordelijken een update toegestuurd krijgen. Ook Epistat wordt daaraan toegevoegd, en de uitleg van wat er gaande is. Hetzelfde geldt voor de clusterdetectie. Op die manier kan er meteen worden opgetreden. Sciensano heeft ter zake inderdaad een belangrijke taak.

Verder zijn er de zogenaamde detectielijnen. Er is de detectie van de uitbraken, en er is het outbreak management – wat gaan wij doen? Als eerste lijn van de detectie zijn er de callcenters en de tractering van de mensen die eventueel in contact gestaan hebben met een patiënt. U weet dat deze callcenters behoren tot de gemeenschappen.

De tweede verdedigingslinie is de vroegtijdige detectie door gegevens die bijvoorbeeld van collectiviteiten komen. Minister De Backer heeft daar ook al over gesproken. Het gaat dan over scholen, werkplaatsen, plekken waar mensen bij elkaar zitten, bijvoorbeeld vakantiecampen. Daar is er natuurlijk een belangrijke rol voor de inspectiearts van de gemeenschappen, maar Sciensano speelt daar ook een grote rol in.

Het akkoord *Early detection and management of clusters and small outbreaks* is uitgewerkt binnen de Interministeriële Conferentie met alle betrokken actoren. Er zitten daar belangrijke zaken in, zoals de controletoeren. Zoals minister De Backer zei, speelt het Interfederaal Comité onder leiding van mevrouw Moykens daarin een grote rol. Er worden outbreaksupportteams opgezet door de gemeenschappen en er worden urgentieplannen voor de collectiviteiten opgemaakt, bijvoorbeeld een crèche, een school, een kerkgemeenschap, zoals ik dat bijvoorbeeld doe voor de asielcentra, zodat men weet wat er moet worden gedaan als er daar iets gebeurt.

Het is belangrijk dat kleine clusters zo vlug mogelijk in de kiem worden gesmoord en worden opgevolgd om na te gaan of de situatie onder controle is of dat er nog aan moet worden gewerkt. Er zijn ook protocollen uitgewerkt door de bevoegde ministers van de deelstaten, bijvoorbeeld voor andere soorten collectiviteiten waar zoiets kan voorkomen.

Er zijn daarnaast ook de gegevens van Sciensano, die aangeven of de outbreak in een provincie of een stad plaatsvindt. Dat is belangrijk. Zo waren er bijvoorbeeld in Wevelgem 19 nieuwe gevallen: men heeft kunnen traceren vanwaar die nieuwe gevallen kwamen en zo is die outbreak meteen in de kiem gesmoord. Het ging in totaal over 19 gevallen op een week, die men dankzij de gegevens heeft gevonden. Dat is ook zo al gebeurd in andere steden, maar Wevelgem staat nu wel op de kaart daarmee.

Het netwerk van huisartsenpeilpraktijken is in stand gehouden en nog uitgebreid.

Reizen is een dynamisch gegeven. Vandaag hebben ook andere landen nog hun reisadviezen gewijzigd. Dat wordt allemaal opgevolgd omdat het ook voor ons belangrijk is om te weten wat andere landen doen. Wij baseren ons natuurlijk op de gegevens waarover wij beschikken en op de adviezen van Sciensano.

Sciensano speelt een adviserende rol inzake buitenlandse reizen. De adviezen – wat als ik wil vertrekken, wat als ik terugkom – worden gepubliceerd op de website van Buitenlandse Zaken. Er is daarover al veel te doen geweest. Gisteren was er nog een publicatie van Sciensano met veelgestelde vragen over reizen. Daarop is duidelijk te zien naar welke bestemmingen reizen toegelaten zijn. Hoe kan men dat opvolgen? Zoals gezegd, wordt dat altijd aangepast.

Wat als men uit een rode of een oranje zone komt? Terugkerende reizigers uit oranje zones moeten waakzaam zijn, maar worden niet langer allemaal als hoogrisicocontacten beschouwd. Dat hangt ook af van hun gedrag daar en of zij daar de zes gouden regels hebben toegepast. Zijn ze daar alleen op een berg gaan wandelen of zijn ze naar een discotheek of een strandhuis geweest enzovoort?

Als minister van Volksgezondheid wil ik pleiten voor de grootst mogelijke voorzichtigheid. Wie terugkomt, mijdt best contacten en wie zich niet goed voelt, laat zich best testen en zet zichzelf thuis om te vermijden dat hij vrienden of familie zou besmetten. Ik zal de adviezen niet allemaal helemaal voorlezen. Het gaat immers om zes bladzijden, maar ik zal ze hier laten.

Als men in het buitenland is, is het ook belangrijk dat men de situatie daar bekijkt. Men kan naar een zogenaamd geel gebied reizen, waar de incidentie van het virus niet hoger ligt dan hier, maar misschien kan dat oranje of rood worden terwijl men daar is en moet men zich daaraan aanpassen. Er zijn genoeg websites die op een smartphone kunnen worden bekeken.

Er waren niet alleen vragen over de coronavaccins, maar ook over de griepvaccins.

Drie firma's leveren elk jaar die vaccins. Net als vorig jaar hebben wij contact opgenomen met die drie firma's met de vraag of we meer vaccins konden krijgen. Elk van de drie kan meer doses leveren tegen een bepaalde datum. Binnenkort wordt een advies van de Hoge Gezondheidsraad gepubliceerd waarin de prioritaire doelgroepen worden bepaald. We zullen er dan ook op toezien dat die prioritaire groepen, gezondheidswerkers en kwetsbare personen met onderliggende ziekten op kop, als eersten aan bod komen. Het is zeker niet de bedoeling dat de vaccins bij de verkeerde mensen terechtkomen.

De Hoge Gezondheidsraad verlaagt de leeftijd van de doelgroep van 65 naar 50 jaar. Dat heeft gevolgen voor het aantal vaccins die zullen worden toegediend. Vorig jaar hadden we er te veel en hebben we er moeten terugsturen. Ik vermoed dat er in elke gemeenschap nog bewustmakingscampagnes zullen worden opgezet.

Voor de ziekenhuizen hebben wij de maatregel genomen dat de Hospital & Transport Surge Capacity bij de DG Volksgezondheid blijft werken, mochten ze opnieuw moeten opschalen. De ziekenhuizen hebben richtlijnen toegestuurd gekregen over welke capaciteit ze moeten vrijhouden en eventueel moeten opschalen om zo nodig COVID-19-patiënten te kunnen ontvangen.

Wat dan de COVID-19 vaccins betreft, op het moment zitten een twintigtal firma's in een wedren om als eerste zo'n vaccin op de markt te brengen. België heeft zich vanzelfsprekend aangesloten bij de Europese Commissie, die namens de lidstaten zal onderhandelen over een COVID-19-vaccin.

In ruil daarvoor mogen wij geen echte onderhandelingen doen. Er zijn nu ook nog niet echt onderhandelingen. Wij houden natuurlijk wel de lijnen open met de mensen die zich sterk maken dat er een vaccin zal komen. Wij kunnen gesprekken voeren, maar onderhandelingen mogen wij van Europa niet echt starten. Wij hebben wel een plan B ontwikkeld en er zijn contacten gelegd.

Er werd gevraagd hoeveel vaccins wij hebben besteld. De vraag is hoeveel er beschikbaar zullen zijn en hoeveel firma's erin zullen slagen een vaccin te ontwikkelen. De Europese Commissie heeft gezegd dat de verdeling zal gebeuren volgens bevolkingsaantal. Ik denk dat het belangrijk wordt wie als prioritaire groepen worden gedefinieerd, maar die zullen wellicht niet zo veel verschillen van die bij een gewoon vaccin.

Mevrouw Gijbels, u vroeg hoeveel gezondheidswerkers getroffen zijn. Mijn uitvoerig antwoord, waarin ik de gezondheidsmedewerkers ook ruim definieer, namelijk alle zorgverstrekkers en het administratief personeel in de ziekenhuizen en de vrijwilligers in de zorg, zal ik u schriftelijk bezorgen.

Dan kom ik tot de vragen over het nieuwe varkensvirus.

Het betreft hier een gedeelde bevoegdheid. Mijnheer Creyelman, ik ben niet voor alle varkens bevoegd. Een beleid ter zake moet in samenwerking met mijn collega, minister Ducarme, worden gevoerd. Wij werken samen inzake het principe van *one health*, dat de overdracht betreft tussen mens, plant en dier. Ik heb hier een overzicht hoe er in dat verband wordt gewerkt en hoe een en ander wordt opgevolgd. De heer Steven Van Gucht heeft zich daarover ook reeds uitgesproken. Hij is natuurlijk goed geplaatst. Hij is van opleiding dierenarts en is met dergelijke virussen bezig. Hij zei dat hij bezorgd is hoe dat virus zal evolueren. Er werden ook reeds locaties en hotspots geïdentificeerd. Dat wordt van nabij opgevolgd door het nationaal referentiecentrum van Sciensano, dat als integraal onderdeel van internationale ad-hocnetwerken de situatie ter zake in realtime en de bewaking opvolgt.

Mevrouw Creemers, u weet dat ik altijd moet wachten op de goedkeuring van bijvoorbeeld comités. Er is goed nieuws gekomen voor de diëtisten. De vraag is behandeld door het College van artsen-directeurs. Voor COVID-19-patiënten die op intensieve zorg waren opgenomen, is de nomenclatuur aangepast met een COVID-19-supplement. Dat akkoord van begroting is er pas de vorige dagen gekomen.

Bij de multidisciplinaire revalidatiezitting met een minimum van 60 minuten, waaraan minstens twee bijkomende professionele zorgverleners meewerken, waaronder een ergotherapeut of kinesitherapeut, en waarbij minstens twee technieken worden toegepast, waaronder revalidatie door beweging, elektrostimulatie bij motorische uitval, psychomotorische therapie, maar ook oefeningen met externe prothesen en hydrotherapie, speelt de diëtist een rol en bestaat de mogelijkheid om de diëtist als tweede of derde zorgverlener in te schakelen. In de fysiosetting is de diëtist dan wel alleen deel van het team en wordt hij zo vergoed. We hebben nu nog een aantal pistes voor de toekomst, maar daarover wordt nog altijd overlegd.

Pour répondre à la question de Mme Tillieux sur les soins transfrontaliers, nous n'avons pas connaissance de graves problèmes ou obstacles en matière d'accès aux soins de santé après la fermeture des frontières belges. Aucune remarque n'a été faite à ce sujet, car les déplacements effectués en vue d'accéder aux soins transfrontaliers sont en effet considérés comme essentiels et les autorités des régions dans lesquelles ces soins sont prodigués ont l'habitude de voir des patients se déplacer à des fins de consultation.

Les problèmes observés sont plutôt d'ordre pratique, à savoir les attentes aux frontières en raison des contrôles. Il est noté que, pendant la période de fermeture des frontières nationales, les habitants avaient toujours la possibilité de bénéficier de soins dans les pays voisins, moyennant le respect de certaines conditions. Notons en outre que les frontières nationales sont également restées ouvertes pour les professionnels de la santé, qui pouvaient donc aisément rendre visite à des patients transfrontaliers.

Une question m'a été posée sur la demande en bassins transfrontaliers. Il s'agit selon nous d'un exercice utile mais en aucun cas prioritaire pour le moment, ce qui ne change toutefois rien à l'importance de la coopération déjà en place.

La mise en œuvre de l'organisation de l'offre de soins – tant en Belgique que dans les régions frontalières – reste un point d'attention. Une coopération transfrontalière approfondie a été mise en place et, dans ce cadre, il nous a été recommandé d'évaluer la coopération avec la France et d'examiner quelles leçons nous pourrions en tirer.

Par ailleurs, nous pensons que la politique des États membres en matière de gestion de la crise doit être améliorée non seulement dans les régions frontalières, mais aussi à l'intérieur des États dans leur ensemble. À cet égard, nous sommes favorables à un renforcement de la coopération européenne lors des crises sanitaires.

Er was een vraag van mevrouw Jiroflée over de termijn voor medisch begeleide voortplanting in coronatijden.

Er werd beslist de maximumleeftijd met zes maanden te verlengen. In de eerste weken van de pandemie werd immers aan artsen en ziekenhuizen gevraagd de niet-dringende zorg uit te stellen. Voor sommige betrokkenen was dat wel dringende zorg, omdat zij al behoorlijk ver in hun cyclus zaten. Een en ander werd bij hen dan toch nog met de nodige voorzichtigheid gedaan.

Voor anderen die nog aan het proces moesten beginnen, werd ook altijd naar de leeftijd gekeken. U weet immers dat de leeftijd voor het wegnemen van eicellen nu 46 jaar is en voor implantaten in welk IVF-stadium dan ook 48 jaar. Met die leeftijd werd dus zeker rekening gehouden.

Het RIZIV heeft ook de terugbetaling van geneesmiddelen toegestaan voor zes extra maanden boven de wettelijk toegestane maximumleeftijd. Ook in het koninklijk besluit dat het budget voor de financiële middelen regelt, werden de nodige aanpassingen gedaan, om ook de labo-activiteiten tijdens die periode te kunnen garanderen.

Het gaat ook om een ethische discussie. Moet die leeftijd nog verder worden opgevoerd? Die leeftijd staat in de wet, die in de Kamer is goedgekeurd. Een maximumleeftijd van 46 jaar en 48 jaar is niet niks. Behalve de COVID-19-maatregelen is het niet aan ons om ter zake nog nadere beslissingen te nemen. Het parlementair debat daarover is delicaat en moet kunnen worden gevoerd.

Er waren nog een aantal vragen.

Mijnheer de voorzitter, mevrouw Van Camp had een vraag, maar ze is niet meer aanwezig. Indien u het mij toestaat, zal ik het schriftelijk antwoord bezorgen. Het Verzekeringscomité heeft ter zake immers op 29 juni 2020 een advies uitgebracht.

Hetzelfde zal ik doen voor haar vraag over de nomenclatuur in de thuisverpleging en de cijfers die zij daarover heeft gevraagd.

Mevrouw Snelpe had een vraag over de steun voor de tandartsen. Philippe De Backer heeft daarop al deels geantwoord, met name over het verdelen van beschermingsmiddelen. Ook door het Verzekeringscomité is op 29 juni 2020 een positief advies uitgebracht over de tussenkomsten in de kosten voor beschermingsmaterialen. Het gaat om 2,50 euro voor fysiek contact tussen patiënt en zorgverleners.

Ik heb een tabel voor wie dat allemaal geldt: schakelzorgcentra, triage, afnamecentra, wachtposten, verpleegkundigen, ook voor de aanpassing van de basisverstrekking en forfaits, follow-up van COVID-patiënten, speciaal bij verpleegkundigen. Ook de cohortezorg, de psychologische zorguitbreiding en verhoogd zuurstofgebruik worden meer terugbetaald. Het geldt ook voor revalidatie en ziekenvervoer en

voor verhoogde kosten wegens preventieve hygiënische beschermingsmaatregelen, alsook voor de terugbetaling van CT-thorax uit het systeem van laagvariabele zorg. Dat gaat allemaal over een budget van 360 miljoen euro. Dat is niet niks, ook niet in de strijd tegen het coronavirus.

Mevrouw Snelpe, u stelde een vraag over het reactief terugvorderen van de coronatoeslag. Het zomaar aanrekenen van supplementen voor beschermingsmateriaal is niet aanvaardbaar. Er is dan ook een verbod op de coronasupplementen, omdat dit deel uitmaakt van het koninklijk besluit rond de continuïteit van de zorg van 19 mei. Dat verbod gaat in met terugwerkende kracht vanaf 4 mei, het moment van de heropstart van de niet-essentiële zorg. Dat kan worden teruggevorderd, ofwel rechtstreeks bij de zorgverlener, ofwel met de steun van het ziekenfonds. Wij hebben dat gedaan omdat er toen al werd gewerkt aan een regeling, die ondertussen op punt staat, voor de tijdelijke financiële tussenkomst van de verplichte verzekering in de kosten van de beschermingsmaterialen en –maatregelen in het kader van COVID. Die beslissingen werden genomen door het Verzekeringscomité. Dat gaat allemaal over patiënten- en zorgverstrekkerscontacten. Het zou dan gaan over contacten in de maanden mei tot en met augustus 2020.

Mevrouw Merckx had een vraag gesteld over dexamethasone. De heer Warmoes heeft die vraag gisteren ook ingediend, wellicht met de voorkennis dat mevrouw Merckx hier niet zou geraken. Als voorzitter hebt u nu eenmaal die mogelijkheid. Er is inderdaad nog geen artikel beschikbaar dat een peerreview onderging en de RECOVERY-studies kritisch beoordeelt. Het is moeilijk een oordeel te vellen omdat er vele factoren zijn die een resultaat kunnen beïnvloeden.

Het gaat om een goed opgezette, gerandomiseerde klinische studie die veel patiënten omvat en een hard eindpunt heeft, namelijk mortaliteit.

Dexamethasone is een zeer gekend product in de gezondheidszorg dat al heel lang wordt gebruikt. De rol van dexamethasone bij *acute respiratory distress syndrome* is al lang een punt van discussie. Het staat ondertussen wel in de nationale behandelingsrichtlijn als een van de behandelingsopties voor ernstig zieke gehospitaliseerde patiënten. Het is tevens een behandelingsoptie in de behandelingsrichtlijn van andere landen, zoals het VK, Nederland en de VSA.

Zodra de universiteit van Oxford gecommuniceerd heeft, heeft het FAGG de verschillende leveranciers gecontacteerd om de huidige voorraad te kennen en de evolutie ervan wekelijks te volgen. De eerste week na de aankondiging van de resultaten was er effectief een stijging van de verkoop met 230 %. In de volgende week viel dat terug tot een stijging van 30 %. Ook voor de grondstof zagen wij in één week een stijging van de verkoop met 175 %.

Het FAGG heeft het product toegevoegd aan de lijst van geneesmiddelen en grondstoffen waarvoor er leveringsbeperkingen gelden, om te vermijden dat het product niet optimaal verdeeld zou worden of te veel zou worden besteld om te hamsteren. Bepaalde patiënten met COVID of andere patiënten die een behandeling met dexamethasone nodig hebben zouden anders niet over de nodige geneesmiddelen kunnen beschikken. Dat heeft als gevolg dat de groothandelaars de verkochte hoeveelheden dexamethasone moeten beperken tot de hoeveelheden die overeenkomen met de verkoop van vorig jaar in dezelfde periode, maximaal te verhogen met 50 %. Grotere hoeveelheden kunnen geleverd worden als dat de levering aan andere groothandelaars of apotheken niet in gevaar brengt en mits notificatie van het FAGG. Het FAGG is dus zeer voorzichtig geweest.

Het RIZIV beschikt nog niet over facturatiegegevens met betrekking tot de crisisperiode. Deze zullen nog een paar maanden op zich laten wachten.

Er zijn verschillende vormen van dexamethasone, injecteerbaar maar ook oraal toe te dienen als tablet. Deze laatste vorm is nog niet gecommercialiseerd in België. Het is tevens een vergunde grondstof voor magistrale bereiding. Daarvan zijn er drie vormen, dexamethasone base, dexamethasone natriumfosfaat en dexamethasone acetaat. Ook dat wordt gemonitord door het FAGG.

We hebben nog geen aanvragen ontvangen om het te gebruiken als onderzoeksgeneesmiddel.

Er werd ook een schatting gemaakt op basis van de monitoringgegevens van de gehospitaliseerde COVID-19-patiënten. Tussen 3 maart en 5 juli werd voor 7 % van de 14.597 gehospitaliseerde patiënten waarvoor Sciensano ontslaggegevens heeft ontvangen een behandeling met systemische corticoiden voorgeschreven. Het soort molecule, al dan niet dexamethasone, en de toegediende dosis is niet

beschikbaar.

Op de website van Sciensano staat ook een leidraad voor gehospitaliseerde patiënten die regelmatig door een taskforce wordt bijgewerkt. De laatste versie bevat ook een paragraaf gewijd aan de RECOVERY-studie over dexamethasone en wordt ook bijgehouden. De taskforce suggereert daarin dat het gebruik van dexamethasone volgens het therapeutisch schema van de studie geval per geval moet worden bekeken bij patiënten die zuurstoftherapie nodig hebben en in het bijzonder bij patiënten die kunstmatig worden beademd. Verder wacht de taskforce op de definitieve peerreviewpublicatie van RECOVERY, alvorens te beslissen of deze behandeling een therapeutische standaard wordt. De leidraad zal binnenkort worden bijgewerkt.

Mijnheer Creyelman, u had een vraag over remdesivir. Vooraleer het geneesmiddel op de markt beschikbaar wordt, moet een prijsaanvraag bij de FOD Economie worden ingediend en eventueel een aanvraag tot terugbetaling via het RIZIV. Vervolgens dient de vergunninghouder de commercialisering ook bij het FAGG te melden.

Op 25 juni heeft het Comité voor geneesmiddelen voor menselijk gebruik op het niveau van het Europees Geneesmiddelenagentschap een positief advies uitgebracht voor de voorwaardelijke vergunning voor het in de handel brengen van het geneesmiddel voor de behandeling van SARS-CoV-2. Een voorwaardelijke vergunning wordt verleend als een geneesmiddel voldoet aan een on vervulde medische behoefte. De houder van een vergunning zal waarschijnlijk in een later stadium meer klinische gegevens moeten verstrekken.

In afwachting wordt het geneesmiddel wel via een *urgent request procedure* ter beschikking gesteld van enkele centra voor de behandeling van ernstig zieke COVID-19-patiënten. Op dit moment zijn er 565 files ter beschikking, wat voldoet om een negentigtal patiënten te behandelen. Het staat als één van de behandelingsopties in de behandelingsrichtlijn van Sciensano. Deze indicatie ligt in de lijn van de voorwaardelijke vergunning die het EMA heeft uitgebracht.

De firma heeft maar een beperkte beschikbaarheid, tot oktober, maar zij hoopt dat er daarna weer voldoende voorraad zal zijn om alle patiënten te behandelen die binnen de indicatie vallen. Of dit te maken heeft met het feit dat er een grote hoeveelheid besteld is door de Verenigde Staten op het moment dat er wel al een *approval* was van de Food and Drug Administration maar nog geen *approval* van EMA, laat ik in het midden.

Er zijn gesprekken geweest van de Europese Commissie en de firma Gilead om de beschikbaarheid van het geneesmiddel voor de Europese lidstaten te verzekeren. Een Europese aankoop wordt overwogen. Midden juni hebben wij ons verzoek ingediend om voor het einde van dit jaar een voorraad te krijgen om ermee in de behoeften te voorzien.

Het zit niet in het *compassionate use program* in België. De firma heeft daartoe niet de nodige stappen ondernomen bij het FAGG.

Voor de terugbetaling moet ook een dossier ingediend worden bij de CTG. Binnen deze procedure zou een structurele terugbetaling overwogen kunnen worden op basis van de resultaten van de *health technology assessment* van remdesivir, gebaseerd op de gegevens die de firma Gilead heeft ingediend.

Ingeval de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen onzekerheden identificeert, is het mogelijk dat er een onderhandeling onder artikel 112 wordt opgestart met het oog op het afsluiten van een contract. Ik weet niet of daar nu mensen tegen zullen zijn. Dat riskeert men wel, gelet op alle strapatsen die wij gekend hebben inzake de eerdere contracten. Zo kunnen wij de boot missen.

Het Europees vaccinatieplan heb ik al besproken, wij zijn daar inderdaad voor ingeschreven.

De heer De Caluwé stelde een vraag over de opflakkingen vastgesteld in diverse steden. Zo'n opflakking wordt sneller vastgesteld als er een nauwgezette epidemiologische opvolging is. Een parameter is dat er nu al 130 dagen lang elke dag een nieuw geval wordt vastgesteld en de incidentie hoger ligt dan 15 nieuwe gevallen voor 100.000 mensen. We zien dit vooral in de grootsteden, zoals Brussel, Antwerpen, Gent, Luik enzovoort. Blijkbaar komt dit op het platteland minder voor, gelet op de densiteit.

Hoe komen we aan de stijging van het aantal besmettingen? Dat is moeilijk om te weten. We weten dat er meer contacten mogelijk zijn. We weten dat de leeftijdsgroep gewijzigd is, niet alleen de oudere mensen, maar ook de mensen van 24 tot 29 en van 50 tot 59 jaar. Is dat omdat er meer contacten zijn? Is dat omdat de regels versoepeld zijn? Er zijn beelden gemaakt van sommige jonge en sommige oudere mensen die de regels overtreden en risicovol handelen.

Ik ben vrij pessimistisch over de vraag of we ons, gezien de huidige stand van zaken, nog verdere versoepelingen kunnen permitteren. Deze discussie zullen we echter binnen de Nationale Veiligheidsraad voeren. We moeten daar zeker voorzichtig in zijn. Dat heb ik ook zo meegegeven.

Madame Dock, les symptômes persistants tels que la fatigue, les douleurs musculaires et les troubles de la concentration sont en effet décrits chez des personnes en phase de convalescence du COVID-19, malgré l'élimination du virus par le corps. Cela signifie que les symptômes sont encore présents, même si le virus a quitté le corps. Ce phénomène a déjà été constaté dans le cas d'autres infections virales, telles que le cytomégalo virus, l'EBV, la dengue.

Cela peut évidemment interférer avec les activités normales d'une personne et provoquer une détresse émotionnelle. La plupart des symptômes s'atténuent au bout de six mois à un an. Des initiatives locales sont progressivement mises en place. Certains centres hospitaliers ont ouvert des consultations dédiées au post-COVID-19 et ont mis en place des études et enquêtes pour suivre la qualité de vie et l'état psychologique de ces patients. Il s'agit de patients qui devront probablement être pris en charge de façon multidisciplinaire.

Le KCE travaille aussi à une publication sur le "syndrome de post réanimation" chez les patients atteints de COVID-19. Il s'agit d'une constellation de symptômes incluant des difficultés motrices, la fatigue, des difficultés de concentration, des difficultés psychologiques survenant chez le patient ayant été pris en charge en soins intensifs. Il s'agit donc d'un autre sous-groupe de patients particuliers mais dressant également la problématique des conséquences durables du COVID. La publication s'adressera aux médecins généralistes, étant donné qu'ils peuvent dépister, informer et orienter les patients vers les services disponibles. La publication est prévue pour le mois de septembre 2020.

D'autres initiatives existent, telle que celle de l'Université d'Hasselt qui a mené une grande enquête et dont je vous remettrai les résultats.

Ces symptômes sont peut-être dus à des restants de virus présents dans le sang ou il peut également s'agir d'une réponse inflammatoire du corps qui dure plus longtemps. De nombreuses investigations sont en cours mais l'évidence dont on a besoin ne figure pas encore dans la littérature. On peut difficilement déjà dire quels sont les effets sur le long terme mais il est sûr que cela reste un point d'attention et qu'il faut organiser une aide pour les gens qui ont ce genre de problème.

Mijnheer Bertels, u had een vraag over het Zorgpersoneelfonds. De Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen stelde in zijn advies in verband met het BFM een aantal prioriteiten voorop. Hoofdverpleegkundigen uit de norm halen, was de eerste prioriteit. Dat is technisch uitgewerkt en vorige week ter informatie doorgestuurd door mijn kabinet en toegelicht aan de Federale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen. De sector is dus goed op de hoogte.

Dat moet nu worden vertaald in een KB betreffende het BFM. De opdracht om dat KB voor te bereiden, werd gegeven aan de FOD Volksgezondheid. De ziekenhuizen zullen de middelen met terugwerkende kracht krijgen, op voorwaarde dat zij in meer handen rond het bed hebben voorzien, wat immers de bedoeling is. Daar zijn wij het over eens.

Het technisch KB om middelen toe te kennen via de sociale Maribel, is momenteel ook in opmaak en zal op korte termijn klaar zijn. Er zijn daarover nog altijd vergaderingen bezig met alle betrokken actoren, ook de sociale partners. Wij werken dus zo vlug mogelijk voort.

De **voorzitter**: Elk lid krijgt twee minuten repliektijd, in de volgorde van de fracties. U hebt begrepen dat er geen tijd zal zijn voor een tweede ronde.

13.24 Frieda Gijbels (N-VA): Ik zou ertoe willen oproepen om zeker vast te houden aan de dagelijkse updates inzake de besmettingen. Zij hebben zeker hun nut in het bevorderen van de waakzaamheid.

Ik zou ook willen inzoomen op de staart van de grafiek van de data van vandaag. Men ziet daarop heel weinig de schommelingen, hoewel het interessant is voor de bevolking om te zien hoe groot die schommelingen zijn. Daarvoor moet men echter heel erg inzoomen. Dat is des te meer van belang, omdat de staart, die nu heel laag is, weer heel snel bij een nieuwe uitbraak kan opzwiepen.

Ik heb niet gehoord of wij klaar zijn voor een lokale lockdown, als dat nodig is.

Over het afvalwater hoor ik dat het bekeken wordt, maar ik zou vragen om daarop zeker in te zetten.

13.25 Minister **Philippe De Backer**: De studies lopen, samen met de regionale autoriteiten.

13.26 Minister **Maggie De Block**: Alle watermaatschappijen werken daaraan mee.

13.27 **Frieda Gijbels** (N-VA): Dat is heel goed, want wij moeten die kans grijpen.

13.28 Minister **Maggie De Block**: De datacollectie gebeurt door Sciensano, maar alle watermaatschappijen doen de metingen. Wat interessant is, is de vraag of wij hierin een predictieve waarde zullen zien. Ik heb gezien dat Nederland dat nu ook zal doen; Sciensano is daar al een tijdje mee bezig.

13.29 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik had begrepen dat Nederland daar al mee bezig is. Ik denk dat het een ideale tool is om de exit verder te begeleiden.

Kunt u een datum geven wanneer ik het antwoord over de besmette zorgverstrekkers kan krijgen? Ik had de vraag al eens gesteld en dat is al een maand geleden. Ik heb die gegevens nog niet gekregen.

Over het varkensgriepvirus heb ik niet gehoord of wij daarop ook testen bij het personeel dat in de betrokken sectoren werkt, zoals de landbouwbedrijven. Het gebied waarin wij wonen, werd altijd al als een hoogrisicogebied beschouwt, waar nieuwe zoönotische infecties zouden kunnen opduiken wegens het grote aantal dieren dat in de nabije omgeving van mensen leeft.

Ik hoor minister De Backer zeggen dat voor de rode en oranje zones een simpel principe geldt. Dat zal wel kloppen, maar de communicatie daarover is echt niet simpel. Ik lees nu immers pas dat de regels opnieuw zijn veranderd. Voor de oranje zone gold eerst een test en quarantaine, dan weer was enkel verhoogde waakzaamheid aanbevolen, maar nu geldt opnieuw een test en quarantaine.

Wij moeten zoiets absoluut vermijden. Wij moeten duidelijk zijn. Een heldere en overtuigende communicatie is het enige middel om het respect en het vertrouwen van de burgers te winnen. Wij vertrouwen op de burgerzin van de inwoners. Die burgerzin komt er vanzelf, als de burgers merken dat de overheid weet waarmee ze bezig is en dat ook op een consequente en coherente manier uitdraagt.

Ten slotte dring ik erop aan om aan de experts de vraag voor te leggen of het op zich al een risicocontact is wanneer iemand met het vliegtuig heeft gereisd. De betrokkene is immers mogelijk in contact geweest met mensen die in een rode zone verbleven.

13.30 Minister **Maggie De Block**: Mevrouw Gijbels, op het Passenger Location Form moet de reiziger ook zijn zitplaats op het vliegtuig, op de bus of op de trein invullen. Indien iemand positief test, zullen ook de passagiers die rondom de persoon op het vliegtuig zaten, worden getraceerd en verwittigd. Daarvoor dient dat formulier. Wij zullen dat nu ook digitaliseren, zodat het traceren ook gemakkelijker kan.

De **voorzitter**: Mag ik iedereen vragen binnen de spreektijd van twee minuten te blijven? Zo niet is het voor de laatste sprekers immers te laat.

13.31 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, economen zijn het net als wetenschappers niet altijd eens. In verband met het testen zijn alle economen die ik de voorbije periode heb gehoord, het echter absoluut eens dat de beste relancemaatregel het vermijden van een tweede golf is.

Na uw antwoord over de tests, namelijk dat u aan de capaciteit werkt en bekijkt op welke manier wij ze zullen organiseren, verzoek ik u ten stelligste tijdens het reces de tijd te nemen om het testen helemaal klaar te hebben. In augustus en september zullen wij immers nood hebben aan alle tests. De oproep van de artsen om hun voldoende tests ter beschikking te stellen, kwam er echt niet zomaar in het wilde weg.

U antwoordt dat problemen met de *swabs* moeten worden gemeld. Ik neem aan dat de labo's die problemen toch wel aan de taskforce zullen melden. Het is wat gemakkelijk om de verantwoordelijkheid deels bij de labo's zelf te leggen. Er zijn u via 3D-printing *swabs* aangeboden, die weliswaar duurder waren. Op dat aanbod is niet ingegaan.

13.32 Minister **Philippe De Backer**: Wij hebben een stock van een miljoen *swabs*.

13.33 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, maar geen nasofaryngeale wissers, vermoed ik. Wij kunnen dat uitzoeken.

In verband met de tests, schakel de huisartsen in. Ze zijn eerstelijnszorgverleners. Zij zijn beschikbaar voor de patiënten. Zorg er dan echter ook voor dat ze betaald worden, want dat is nog steeds een probleem. De nomenclatuur is nog niet in orde. Daaraan moet urgent worden gewerkt.

In verband met de ATP-format, er zijn effectief problemen, maar die zullen wel tot bij u komen.

Over de oranje zones, u zegt dat symptomatische patiënten waakzaam moeten zijn. Wij weten echter allemaal dat er ook asymptomatische verspreiding bestaat.

13.34 Minister **Philippe De Backer**: Mevrouw Depoorter, ik heb gezegd dat iedereen die zich ziek begint te voelen, best een dokter raadpleegt. Ik zou graag hebben dat hetgeen wij zeggen, ook correct wordt weergegeven en dat men in de repliek geen stropoppen maakt. Alstublieft, de discussie is al moeilijk genoeg.

13.35 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, superverspreiders zijn er vóór de symptomen. Dat weten wij. Dat is wetenschappelijk bewezen.

Dan kom ik aan de vaccins. Mevrouw de minister, u zegt dat er meer vaccins zijn dan vorig jaar en dat wij er vorig jaar hebben moeten teruggeven. Van de 2,9 miljoen die er zijn, zult u er 60 à 70.000 meer hebben. Vorig jaar zijn er 70.000 vaccins teruggekeerd naar de producenten. U had een vaccinatiegraad van 46,2 %...

13.36 Minister **Maggie De Block**: Ik weet niet waar u uw cijfers haalt, misschien uit uw eigen apotheek, maar 200.000 zijn er teruggekeerd naar Mylan.

13.37 **Kathleen Depoorter** (N-VA): U had een vaccinatiegraad van 46 % bij de risicogroepen. U zult er dus niet komen met die 70.000 extra vaccins. Zult u in een gefaseerde verdeling voorzien? Zult u ervoor zorgen dat de risicopatiënten en de mensen uit de zorgsector eerst, vóór 15 november, kunnen worden gevaccineerd en zullen daarna de andere patiënten ...

13.38 Minister **Maggie De Block**: Het heeft geen zin dat ik u een antwoord geef, want u luistert niet. Ik heb gepraat over de risicogroepen en de zorgverleners. U luistert niet.

13.39 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Maar u hebt niet gesproken over afdwingbare maatregelen. U hebt ook niet geantwoord op de vraag over de registratie van de vaccinatie. Er zal moeten geregistreerd worden of er zullen patiënten zijn die zowel COVID-symptomen hebben als griepsymptomen en u zult niet weten wie gevaccineerd is en wie niet.

13.40 Minister **Maggie De Block**: Dat staat toch in het dossier.

13.41 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mevrouw de minister, dat moet geregistreerd worden op Vaccinnet. Het staat niet in het globaal medisch dossier als het wordt uitgevoerd door een bedrijfsgeneeskundige dienst. Dat heeft de APB reeds aan u gemeld. De registratie moet kunnen gebeuren in Vaccinnet bij de apotheken maar ook door de arts.

Ten slotte, u hebt mij geen antwoord gegeven met betrekking tot de spuitjes. Ik neem aan dat u dit zult onderzoeken, want ik hoop dat er geen spuitjessaga zit aan te komen in opvolging van de mondkmaskersaga.

De **voorzitter**: Mag ik de ministers vragen om niet te onderbreken tijdens de replieken?

13.42 Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, dat mag u zeker vragen. Wij luisteren hier uren en ik zou graag hebben dat hier ook naar onze antwoorden wordt geluisterd. Sommige worden verdraaid, sommige worden niet gehoord, sommige worden wat in het zotte getrokken. Ik denk dat respect altijd wederzijds is.

De **voorzitter**: Oké, maar wij hebben ook uren geluisterd naar uw antwoord. Het is gewoon niet praktisch wanneer men wordt onderbroken. Voor de vertaling is het sowieso onmogelijk. Als u wenst te preciseren nadien, wil ik u gerust het woord geven. Dan kan de repliek verder gaan. Liever niet permanent onderbreken, want dan kan ik trouwens ook de tijd niet meer in de gaten houden. Ik heb er geen probleem mee dat er wordt gedebatteerd, integendeel.

13.43 **Barbara Creemers** (Ecolo-Groen): Mevrouw de minister, mijnheer de minister, ik heb heel goed geluisterd naar jullie uitleg over de oranje zone die geldig was tot 16.00 uur. Ik kon helemaal volgen. Iemand die in de bergen gaat wandelen en niemand tegenkomt in een oranje zone, die thuiskomt en heel voorzichtig is, met een verhoogde waakzaamheid: ik kon dat helemaal volgen en ik ging helemaal akkoord. Tot ik dan ineens pushmeldingen kreeg op mijn gsm, die weer het tegenovergestelde beweren. Ik zie dan ook nog dat volgens Buitenlandse Zaken die quarantaineregels voor wie terugkeert uit een oranje zone, de bevoegdheid zijn van de gemeenschappen en de gewesten. Ik kan alleen maar dezelfde oproep doen als Erika Vlieghe gisteren in het Vlaams Parlement: waar blijft de eenheid van commando? Als iets 's avonds om 23.00 uur zus is en 's anderendaags om 16.00 uur zo, dan zullen we ermee moeten leren leven dat er zones van oranje naar rood en van rood naar groen gaan. Mag ik nog eens één keer oproepen tot eenduidige communicatie over wat er moet gebeuren als men in een dergelijke zone is geweest? Ik weet dat u het niet kan of mag doen, maar ik wil het toch meegeven.

Verder had ik ook een vraag ingediend over de nomenclatuur van de thuisverpleegkundigen, maar die staat niet op de lijst. Ik wil u gewoon vragen om het antwoord dat u aan collega Van Camp bezorgt, ook aan mij te bezorgen, want ik krijg daar ook veel vragen over. Vervolgens ben ik ook heel blij met het goede nieuws over de terugbetaling van diëtistconsulten. Wilt u hen dat ook laten weten? Zij hebben u immers vorige week een brief daarover gestuurd.

13.44 **Eliane Tillieux** (PS): Monsieur le président, je pense que Mme De Block a répondu à la majeure partie de mes questions.

En ce qui concerne la capacité de dépistage, M. De Backer nous a fourni des explications sur les prix du test PCR comparés à ceux des centres agréés par la plate-forme fédérale, mais je n'ai pas eu de réponse à ma question relative à l'anticipation des prix.

13.45 **Philippe De Backer**, ministre: Le prix dépend de la logistique, notamment de l'utilisation de la salive ou d'autres outils (tubes). C'est là l'un des éléments que je suis en train d'examiner pour le moment.

13.46 **Eliane Tillieux** (PS): Par ailleurs, vous nous dites que le marché public a été lancé, mais j'ai peu de réponses à la question de l'évaluation de ce marché, de l'implication des entités fédérées, de la garantie d'indépendance, du budget et de la phase de test.

13.47 **Philippe De Backer**, ministre: Ces aspects relèvent d'une compétence régionale. Le comité interfédéral placé sous la direction de Karine Moykens est chargé de l'évaluation des différentes offres. Mme Moykens a d'ailleurs livré une présentation du comité interministériel il y a quelques semaines, mais je ne sais plus qui est la personne chargée d'évaluer les différentes offres.

13.48 **Eliane Tillieux** (PS): C'est donc aux Régions que je dois m'adresser pour obtenir une réponse à cette question.

13.49 **Philippe De Backer**, ministre: Effectivement, comme pour toutes les questions relatives au traçage des contacts.

13.50 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le ministre, je vous remercie.

Je ne serai pas long. Je crois que nous avons eu beaucoup de réponses aujourd'hui. Nous n'avons bien sûr pas toutes les réponses, non plus. Je crois que nous aurons l'occasion de discuter, dans les prochaines semaines, dans la commission spéciale, dont l'enjeu n'est pas de fixer les responsabilités mais bien d'avoir des réponses et de tirer les leçons pour l'avenir.

Une leçon que nous pouvons déjà tirer aujourd'hui, c'est qu'à l'avenir, il nous faudra un seul interlocuteur pour les masques. Je crois que cela facilitera la tâche de tout le monde. Entre Mme Muylle, M. Goffin, M. De Backer, et aussi quelquefois M. Geens lorsqu'il s'agit de nous expliquer comment mettre un masque... Si nous avons un seul interlocuteur, ce serait plus simple pour tout le monde. Forcément, je ne suis pas en mesure de vous dire ce qu'est un bon masque. Les experts sont là pour nous le dire.

Je vois que vous avez chacun, madame la ministre, monsieur le ministre, des masques très différents. Un bon masque, aujourd'hui et dans le futur, sera un masque qui protège, qui résiste au lavage à la bonne température, que l'on porte, que l'on fait porter, qui est fourni dans les délais et qui est accessible à tout le monde.

À présent que le CNS a pris la décision d'imposer, et non plus de recommander le masque dans les lieux publics, j'espère que nous serons encore plus attentifs aux normes de qualité et à leur respect. Je vous remercie.

13.51 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de voorzitter, ik kan de beide ministers alvast meedelen dat ik heel tevreden ben met het antwoord van minister De Backer, want ik had geen vragen voor hem.

Wat minister De Block betreft, ik heb duidelijke antwoorden gekregen op nagenoeg al mijn vragen. Enkel, zoals collega Gijbels al aangaf, om u te parafraseren, wat uw varkens betreft, worden de mensen uit de sector getest op dat virus of niet?

13.52 Minister Philippe De Backer: Preventief testen is een bevoegdheid van de regio's. De vraag werd al een aantal weken geleden gesteld om te bekijken of de regio's voor bepaalde specifieke groepen een extra opvolging en preventieve testing zouden moeten doen.

13.53 Steven Creyelman (VB): Neemt u daarin een coördinerende rol op zich of niet?

13.54 Minister Philippe De Backer: Die protocollen moeten door de regio's worden vastgelegd. Dat behoort volledig tot hun bevoegdheid.

13.55 Steven Creyelman (VB): Dank u wel.

13.56 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, wat de steun aan de tandartsen en de andere zorgberoepen betreft, was mijn vraag niet of ze steun krijgen – dat weet ik –, maar wel waarom de tandartsen meer kregen dan de rest. Is dat omdat ze een betere lobbygroep hebben? Hoe werd dat beslist?

Wat het testen betreft, gisteren in het Vlaams Parlement waren de virologen te gast. Zij waren er voorstander van om, als er een piek is, ook de apothekers in te schakelen. Ik weet niet of u daarover hebt nagedacht. Misschien moet u de komende weken het initiatief van Luxemburg en Zuid-Korea overwegen. Zij organiseren een soort drive-in, waarbij men met de auto kan binnenrijden, men wordt getest en men na een week, of zelfs eerder, de uitslag weet.

Als het echt tot een tweede golf zou komen, zou het misschien interessant zijn om zoiets te organiseren.

13.57 Minister Philippe De Backer: Mevrouw Snelpe, wij hebben triagecentra, verspreid over het land. Ik nodig u uit om een kijkje te nemen op de website ourworldindata.org en de vergelijking te maken tussen het aantal testen dat wij dagelijks doen en het aantal testen in Zuid-Korea.

13.58 Dominiek Snelpe (VB): Ik heb gezien dat er nu minder testen worden gedaan dan...

13.59 Minister Philippe De Backer: Wij testen substantieel meer per 1.000 inwoners dan Zuid-Korea. U moet dat echt eens bekijken. Wij zitten aan een testcapaciteit tussen de 10.000 en 15.000 per dag. Wij

testen enorm veel asymptomatische patiënten die in contact zijn gekomen met hoogrisicopatiënten.

Ik ben het er absoluut mee eens dat wij nog verder moeten verfijnen. Ook lokaal moeten we kijken of we de testcapaciteit beter kunnen inzetten. Aansluitend bij mijn antwoord van daarnet: als er een lokale uitbraak is, moeten wij snel kunnen schakelen en testen in rusthuizen, bedrijven enzovoort. Daarvoor is de testcapaciteit absoluut nodig. Het najaar is effectief het griepseizoen en dan zullen we de situatie met de labo's moeten bekijken. Ik heb de labo's niet genationaliseerd. Ze zijn wat ze zijn en zij dragen, net zoals in het buitenland, mee de verantwoordelijkheid voor een voldoende hoeveelheid reagentia, voor het opdrijven van de capaciteit van machines enzovoort.

Wij helpen hen daarbij en ondersteunen hen daarin tegen 100 per uur, maar er zijn limieten aan wat men uiteindelijk kan doen.

13.60 Dominiek Sneppe (VB): Ik heb gisteren *Our World in Data* geconsulteerd en daaruit bleek dat er momenteel geen 10.000 tot 15.000 maar goed 7.000 testen gedaan worden.

13.61 Minister Philippe De Backer : Vergelijk dat eens met wat er in Zuid-Korea en Frankrijk gebeurt. Twee of drie keer zoveel.

13.62 Dominiek Sneppe (VB): Misschien wel, maar wat u zegt is niet helemaal juist.

13.63 Minister Philippe De Backer: Het zijn de cijfers van Epistat die Sciensano elke dag rapporteert.

13.64 Dominiek Sneppe (VB): U verwees wel naar *Our World in Data*. Ik heb dat gisteren geconsulteerd en het ging om goed 7.000 testen, geen 10.000 tot 15.000. Dat kunnen er misschien meer zijn dan elders, maar er is al heel vroeg in de crisis gezegd dat er moest worden getest. Hoe meer, hoe beter. Ik wil alleen nog wat suggesties geven, als u toch met een werkgroep samenzit. Misschien moet u de suggestie om de apothekers erbij te betrekken of om een drive-in te organiseren ook even op tafel gooien.

13.65 Minister Philippe De Backer: Voor de apothekers spreken we over serologische testen, niet over PCR-testen.

13.66 Dominiek Sneppe (VB): Ik herhaal alleen wat de virologen gisteren in het Vlaams Parlement gezegd hebben. U kunt mij er dan wel van verdenken hier weinig van af te weten, maar de virologen zullen toch wel weten waarover ze het hebben.

Wat de mondklappers betreft, de nieuwe besmettingen blijken bij twintigers en dertigers te zitten. In de stations blijken vooral de jongeren, vaak van allochtone origine, geen mondklapper te dragen of dat verkeerd te doen. Het treinpersoneel blijkt hen daar niet op te wijzen en misschien is dat hun taak ook niet. Misschien zijn die mensen wel bang voor de gevolgen daarvan. Het is waarschijnlijk niet uw bevoegdheid, maar er moet daar misschien eens worden ingegrepen, eventueel met meer controles door de politie of Securail.

Wat de handgels betreft, verheugt het mij dat u zegt dat die getest worden. Ik heb een studie gelezen die stelt dat door de handgels de huid doorlaatbaarder wordt, waardoor men gemakkelijker schadelijke stoffen kan opnemen. Misschien kan ook dat worden onderzocht?

De **voorzitter:** Het is niet de bedoeling dat ik antwoord op de vragen van de leden, maar ik wil toch wel zeggen dat ik regelmatig de trein neem en dat het personeel wel controleert of de mensen maskers dragen. Ik denk niet dat men een onderscheid maakt tussen verschillende soorten mensen.

13.67 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de voorzitter, blijkbaar is dat toch een probleem. Ik neem ook de trein en ik zie dat ook niet, maar blijkbaar is het in Brussel-Zuid wel een probleem.

13.68 Isabelle Galant (MR): Madame la ministre, j'ai une question concernant un éventuel reconfinement localisé auquel, je l'espère, nous ne devons pas recourir.

Il me revient qu'un groupe de travail planche actuellement sur le reconfinement et qu'il devrait déposer son rapport dans le courant du mois de juillet. Pourriez-vous nous donner des informations à ce sujet? À votre avis, des mesures localisées seraient-elles suffisantes pour contenir la propagation du virus? Pensez-vous

qu'un reconfinement localisé pourrait être envisagé dans notre pays?

13.69 Maggie De Block, ministre: Des protocoles ont été établis par les ministres communautaires compétents concernant la façon d'agir en cas de survenance au sein d'une crèche ou d'une collectivité. J'ai aussi participé à un RMG pour ce qui concerne les mesures à prendre dans les collectivités d'asile et d'accueil. De telles mesures se prennent avec l'aide de Sciensano, mais également au sein de la Conférence interministérielle et du RMG. C'est un *working progress*.

M. De Backer vient de poser la question de savoir comment nous allons opérer avec les saisonniers agricoles qui viennent pour la récolte des fruits. En effet, des foyers pourraient surgir avec l'arrivée d'ouvriers étrangers pour la récolte des pommes et des poires. Il faut, là aussi, avoir une stratégie. C'est le RMG qui doit s'y consacrer. Beaucoup d'aspects ont été réglés mais durant les prochains mois, de nombreuses personnes pourraient venir travailler temporairement dans notre pays, et il faut savoir comment agir.

13.70 Isabelle Galant (MR): Et au niveau d'une région, d'une localité? Des mesures particulières ne sont-elles pas envisagées?

13.71 Maggie De Block, ministre: Nous avons également travaillé avec les gouverneurs qui vont eux-mêmes informer les bourgmestres. Il y a des points de contact. Il y a un inspecteur de la santé par province.

De gezondheidsinspecteur speelt een belangrijke rol en rapporteert rechtstreeks aan de gouverneur. De gouverneur staat op zijn beurt in contact met de burgemeester.

En matière de détection de foyers, Sciensano fait le rapportage par commune. En effet, le bourgmestre doit savoir ce qui se passe sur son territoire. Cette disposition est en vigueur.

13.72 Caroline Taquin (MR): Monsieur le président, ma collègue et moi n'avons rien de plus à ajouter. Les ministres ont été complets. Nous les remercions.

13.73 Karin Jiroflée (sp.a): Mijnheer de voorzitter, ik wil graag nog eens twee elementen aanhalen. Ik had geen vraag gesteld over het reizen, maar ik heb dat in het verleden wel eens gedaan. Heb ik het goed begrepen dat, terwijl u hier zei dat men bij de kleur oranje zelf voorzichtig moet zijn en bij het minste snotje naar de dokter moet gaan, dat ondertussen op websites is gewijzigd en dat er nu wel getest moet worden en een quarantaine moet worden uitgezet?

13.74 Minister Maggie De Block: Het is twee keer gewijzigd. Er was oorspronkelijk gezegd dat men bij de terugkeer uit een oranje gebied in zelfquarantaine moest gaan en zo snel mogelijk een test moest laten uitvoeren. Het advies is een eerste keer gewijzigd na het advies van de wetenschappers, zoals de heer Van Gucht al zei. De wetenschappers stelden dat het toch niet onmiddellijk een hoogrisicocontact was en dat de mensen dus voorzichtig moesten zijn en zich bij symptomen moesten laten testen. Daarop heeft Buitenlandse Zaken het advies een tweede keer gewijzigd, en nu is het opnieuw naar het oorspronkelijke advies gewijzigd.

13.75 Karin Jiroflée (sp.a): Dat kan toch niet, dat zei ik vorige week ook al. Wat denkt nu de persoon die 's avonds naar het journaal kijkt? Hij zal zich afvragen wat ze daar in Brussel doen. Ik begrijp wel dat u daaraan niet altijd iets kunt doen.

13.76 Minister Maggie De Block: Buitenlandse Zaken moet die adviezen publiceren. Er is niet alleen de inbreng van diplomatieke contacten, maar ook van wetenschappers. Daarin zal wat expertise moeten worden ontwikkeld. Dat is allemaal zeer nieuw en de toestand verandert steeds. Het is niet goed, daarover ben ik het met u eens, maar het is hoe het gegaan is.

13.77 Karin Jiroflée (sp.a): Er moeten toch meer inspanningen gedaan worden om eerst die informatie te verzamelen voordat er gecommuniceerd wordt. De grootste kritiek die men krijgt van de man in de straat is dat men het niet weet.

Ik begrijp het goed dat er voor alle soorten medisch begeleide voortplanting, alle mogelijke behandelingen, zes maanden kan bijkomen, zodat mensen nog behandeld kunnen worden en dat er afspraken gemaakt worden over de vergoeding door het RIZIV. Dat is een heel goede zaak.

U had het over een algemeen pleidooi om de leeftijd te verhogen. Dat heb ik niet willen zeggen. Persoonlijk vind ik dat we daar al meer dan ver genoeg in gaan.

13.78 Jan Bertels (sp.a): Dank u wel, mevrouw de minister. De uitvoering in het BFM voor de ziekenhuizen en de opmaak van het koninklijk besluit voor de Maribel vind ik goed.

Maar graag krijg ik nog een paar andere antwoorden. U mag die opsturen.

Hoe staat het met het overleg voor het deel van de zelfstandigen in het RIZIV, waar u ook voor bevoegd bent. Ik hoop dat het iets verder zal gaan dan in bepaalde resoluties die ik heb zien verschijnen. Ik neem aan dat men over zinvolle maatregelen voor de zelfstandigen aan het overleggen is binnen het RIZIV.

13.79 Minister Maggie De Block: Er zijn elke dag vergaderingen, en ik word niet altijd in realtime gebriefd. Door Buitenlandse Zaken gebeurde dat nu wel, maar dat moet ik navragen.

De **voorzitter:** Goed, dat is genoteerd.

13.80 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, madame la ministre, monsieur le ministre, je vous remercie pour vos interventions.

Mon commentaire va refléter globalement mon inquiétude. Les scientifiques qui sont au cœur même du pilotage du dispositif persistent à dire qu'il n'y a pas d'unité de commandement, que nous ne sommes pas prêts pour une éventuelle deuxième vague ou en cas d'apparition de nouveaux foyers. Cela pose vraiment de grandes questions. Je crois que vous devez être plus performants. Alors, ce n'est pas que le fédéral. C'est aussi, certes, les entités fédérées. Mais nous devons être plus performants pour éviter une deuxième vague ou l'apparition de nouveaux foyers.

Juste quelques points très particuliers.

Je voudrais plaider pour que nous gardions ouverts, ou en tout cas que nous soyons en capacité de mobiliser en quelques heures, tous les sites de prélèvements décentralisés. Comme vous le savez, ce virus, quand il démarre, a une vitesse exponentielle. Nous devons donc être capables d'une mobilisation ultra-rapide au niveau du triage et des sites de prélèvement.

Se pose quand même la question de savoir s'il ne faut pas refaire du *testing* en maisons de repos et dans les collectivités; peut-être pas aujourd'hui, mais peut-être très vite. Là dessus, comme je ne mesure pas bien la performance de l'interactivité entre entités fédérées et fédéral, j'ai des inquiétudes.

J'ose espérer que l'application, qui tarde, mais qui sera peut-être un jour là – c'est dommage que cela soit après les vacances – permettra une interopérabilité avec les autres pays européens, et que c'est bien présent dans le cahier des charges.

Je ne reviendrai pas sur les touristes belges qui reviennent. Je me suis déjà exprimée là-dessus la semaine dernière en séance plénière et encore aujourd'hui. Mais il y a tout le volet des touristes étrangers qui pourraient passer à travers les mailles du filet quand ils passent par la Belgique, soit en transit, soit qu'ils séjournent quelques jours en Belgique. Là-dessus il reste des points d'interrogation majeurs. Je ne sais pas comment ils sont gérés. Je pense que personne ne sait vraiment comment ces touristes seront traités s'ils sont positifs. Y a-t-il une obligation de test ou pas? Y a-t-il une obligation de quarantaine ou pas? Où peuvent-ils être mis en quarantaine, ou pas, puisque ce ne sont pas des Belges qui reviennent de l'étranger, mais des étrangers qui passent par la Belgique? Ils pourraient aussi, en l'occurrence, quand ils viennent de zones à risque, être des vecteurs de transmission non négligeables.

Pour ce qui concerne les vaccins, j'ose espérer que nous n'allons pas nous faire avoir. Je ne vais pas commenter plus largement.

Madame la ministre, je ne vais pas m'éterniser sur les points que je voudrais aborder. Je veux juste vous dire que sur le financement des hôpitaux, sur la compensation du financement des hôpitaux pour le COVID-19, vous n'avez absolument pas répondu. Vous avez abordé le volet du BMF, mais uniquement à travers le Fonds blouses blanches Maribel.

Vous n'avez pas répondu non plus pour ce qui concerne les assurances privées. Vont-elles, ou pas, compenser le fait qu'elles ont évidemment fait des économies notamment grâce aux suppléments qui n'ont plus été demandés, mais aussi pour tous les patients non-COVID?

À ce sujet, j'ose espérer des réponses rapides. Elles sont fondamentales pour les hôpitaux, d'autant plus que ces derniers doivent rester prêts en permanence, et connaissent toujours un gel de leurs lits pour faire face à une éventuelle deuxième vague. Je le rappelle. J'ose espérer des réponses rapides, comme en espèrent plus encore les hôpitaux, les soignants et les patients.

13.81 Sophie Rohonyi (DéFI): Merci, monsieur et madame les ministres pour vos réponses très complètes – je me dois de vous le dire.

Je voudrais toutefois réagir sur certains points.

Le premier concerne les masques FFP2. C'est vrai que nous avons mis en place un test de conformité en plus de celui qui avait lieu en Chine et celui-ci nous a permis d'écarter deux tiers des masques. C'est une excellente chose et je ne reviens absolument pas là-dessus. J'entends toutefois que vous êtes confiants dans le protocole mis en place. Le problème est que les médecins n'ont plus confiance dans ce protocole. Ils vous demandent même de le revoir. C'est une demande qui a été formulée par le président de l'ABSyM mais aussi par le représentant de Centa (?) qui représente 42 hôpitaux en Wallonie et à Bruxelles.

Je pense qu'au regard du fait qu'ils ont obtenu des masques qui ne répondaient pas aux normes et qui ne présentaient pas un taux de filtration optimal, la moindre des choses serait de les rencontrer pour les rassurer à ce sujet si vous n'entendez pas revenir sur ce protocole.

Ensuite, en ce qui concerne le *testing* des personnes asymptomatiques, j'ai vérifié les chiffres. C'est vrai que nous sommes au-dessus de la moyenne mondiale en ce qui concerne les tests comptés par million d'habitants. Je pense toutefois qu'il ne faut pas nous en satisfaire, à cause de deux éléments principaux; le premier est que nous disposons d'une capacité de *testing* importante – 45 000 tests –, qui pourrait encore être augmentée, et que malgré cela, nous n'effectuons qu'entre 10 000 et 15 000 tests par jour. Dans le même temps, nous sommes face à un virus qui est toujours parmi nous et qui a été particulièrement meurtrier dans les maisons de repos et auprès des personnes âgées, comme nous le savons. De ce fait, il est important d'élargir ces tests aux personnes dans les maisons de repos. Il faut les étendre au personnel aussi, qu'il présente ou non des symptômes. Vous avez une réflexion en cours. Vous l'avez dit tout à l'heure. On doit pouvoir effectuer des tests. C'est une demande qui a été émise par le Pr Coppieters de l'ULB.

Je voulais aussi évoquer à nouveau le retour de personnes revenant de zones orange. Vous dites qu'une quarantaine sera imposée si la personne présente des symptômes ou si le test s'avère positif. Or, il y a aussi des personnes asymptomatiques, et on sait aussi que le délai d'incubation est de trois à quinze jours. Par conséquent, je pense qu'il est important de sensibiliser ces personnes entre le moment où elles procèdent au test et le moment où elles disposent des résultats. Il est vraiment important de leur dire qu'elles doivent redoubler de prudence.

Enfin, je me dois de réagir à des propos totalement indignes qui ont été émis par mes collègues du Vlaams Belang. Selon ces propos, les personnes allochtones ne porteraient pas ou très peu le masque. Ce n'est pas ce qui ressort de ce que je vois dans les transports et les commerces, et de ce que me disent les policiers. C'est absolument faux.

J'aimerais donc que vous arrêtiez de profiter des débats que nous avons en commission Santé pour tenir des propos stigmatisants à l'égard de certaines populations et, qui plus est, sont faux. Je vous remercie.

13.82 Dominiek Sneppe (VB): Dat is niet mijn eigen ervaring.

Ik zeg wat ik hoor van mensen die mij aanspreken. Dat is wat ik hier breng, maar blijkbaar mag dat niet gezegd worden.

13.83 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Je remercie Mme De Block pour ses réponses aux questions que j'ai posées et qui reprenaient simplement celles de Mme Merckx. Avec mon groupe, nous nous étions mis d'accord pour que je la remplace.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: C'était notre dernière réunion avant les vacances. Je remercie les deux ministres pour leur disponibilité pendant toute cette période.

De behandeling van de vragen en het actualiteitsdebat eindigt om 18.03 uur.

Le développement des questions et le débat d'actualité se termine à 18 h 03.