

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

du

van

MARDI 28 SEPTEMBRE 2021

DINSDAG 28 SEPTEMBER 2021

Après-midi

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 15 h 57 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 15.57 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

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

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

01] Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De rapportering door Sciensano" (55019767C)

01] Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les rapports de Sciensano" (55019767C)

01.01] Dominiek Sneppe (VB): *De labo's in ons land kunnen aan artsen rapporteren of een resultaat van de PCR test zwak positief, positief, sterk positief en zeer sterk positief is. Door middel van referentiemateriaal dat door het nationaal referentiecentrum aan de labo's werd bezorgd, kunnen deze genuanceerdere resultaten vrijgegeven worden die gestandaardiseerd zijn binnen alle labo's. Bij een zwak positief resultaat is de patiënt niet besmettelijk en gaat het om een oude infectie.*

Helaas, we moeten vaststellen dat in de epidemiologische rapporten en dynamische grafieken van Sciensano geen onderscheid wordt gemaakt tussen de verschillende gradaties van positieve testen. Het gaat steeds over 'positieve gevallen' of 'cases'.

Het is nochtans zeer belangrijk nu vele mensen zich laten testen om hierop een overzicht te hebben. Velen laten zich namelijk testen, niet omdat ze een risico contact hebben gehad of omdat ze symptomen vertonen van een covid-infectie, maar omdat ze op vakantie gaan. Wanneer ze dus positief testen is het mogelijk dat het gaat om een oude infectie en wordt dus ten onrechte gesteld dat het aantal besmettingen toeneemt.

01.02] Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, wat de PCR-testen verricht door de laboratoria betreft, kan een aantal laboratoria inderdaad de CT-waarden bepalen die aantonen of een PCR-test zwak positief, positief, sterk positief of heel sterk positief is. Sciensano ontvangt echter niet meer dan 30 % van die informatie voor alle PCR-resultaten. Aangezien Sciensano slechts een derde van de informatie ontvangt en de gegevens wegens hun onvolledigheid niet representatief zijn voor de globale epidemiologische situatie in België, worden die niet in de rapporten, noch op het dashboard met dynamische grafieken weergegeven. Niettemin worden ze, ook al worden ze niet gepubliceerd door Sciensano, geanalyseerd en gebruikt, onder andere voor de evaluatie van de epidemiologische situatie.

Hoewel deze dus niet in de epidemiologische rapporten worden opgenomen, is de presentatie van het aantal positieve tests en gevallen correct en relevant en weerspiegelt ze de huidige epidemiologische situatie. Er wordt immers rekening gehouden met een tijdspanne tussen een eerste en tweede positieve test alvorens de tweede positieve test als een mogelijke herinfectie wordt beschouwd. Die tijdspanne van 90 dagen is gebaseerd op een advies van de RAG van 29 maart 2021 waarin staat dat een interval van ten minste 90 dagen nodig is om een tweede positieve PCR-test als een mogelijke herinfectie te beschouwen.

Dubbels worden dus verwijderd op basis van het rijksregisternummer wanneer de persoon in de

voorafgaande 90 dagen al positief testte. In dat geval wordt alleen het eerste positieve resultaat binnen die periode bewaard. Dat betekent dat mensen die worden getest via screening, bijvoorbeeld voor een reis, en dus niet wegens symptomen of omdat zij een hoogrisicocontact zijn en dus opnieuw positief testen, bijvoorbeeld door een eerdere infectie, niet worden meegeteld in de statistieken als de infectie binnen de voorafgaande drie maanden plaatsvond. Ze worden dus niet opgenomen in onze rapporten of het dashboard.

Het aantal gevallen gepresenteerd in de rapporten en het dashboard geeft de globale epidemiologische situatie correct weer, want zelfs als een test zwak positief zou blijken, wordt hij niet meegeteld als de besmetting binnen een termijn van 90 dagen plaatsvond.

Bovendien kunnen reizigers die in de voorafgaande drie maanden een infectie hebben opgelopen, een COVID-19-herstelcertificaat krijgen en hoeven zij zich dus niet te laten testen voor hun reis.

Om de aangehaalde redenen is het aantal gevallen vermeld in de rapporten dus geen overschatting en wordt de situatie correct weergegeven, ondanks het feit dat de CT-waarden niet in de rapporten worden opgenomen, omdat correcties, zoals het verwijderen van dubbels, op de gegevens worden toegepast.

01.03 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de minister, uw antwoord was duidelijk, maar hoe komt het dat nog maar een derde van de labo's de CT-waarden kan doorgeven? Na anderhalf jaar testen zou men toch denken dat dat ondertussen allemaal gesynchroniseerd is en dat alle labo's dat ondertussen kunnen. Een derde is toch heel weinig. Kunt u daar nog op antwoorden of dien ik hierover een vervolgvraag in? Het lijkt mij immers niet efficiënt, zeker na anderhalf jaar testen, dat wij nog altijd maar een derde van de resultaten kunnen finetunen.

De **voorzitter**: Wenst u daar nog iets op te zeggen, mijnheer de minister?

01.04 Minister Frank Vandenbroucke: Neen.

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

02 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De ziekenhuisopnames per provincie" (55019850C)

02 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les admissions hospitalières par province" (55019850C)

02.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, als vragen een tijdje hangende blijven, zijn ze soms al gedeeltelijk beantwoord voor men ze kan stellen. Mijn vraag is grotendeels niet langer relevant. Wel wou ik nog even nagaan of het vrijwaren van de ziekenhuiscapaciteit nog steeds het belangrijkste element is van de crisisbeheersing. Als dat niet zo is, kan u dan aangeven welk element dat wel is?

02.02 Minister Frank Vandenbroucke: U had een hele reeks vragen en ik zal ze allemaal overlopen. Ten eerste bevestig ik dat het aantal ziekenhuisopnames per provincie beschikbaar is op het Epistat COVID-19 dashboard. Dat wordt ook dagelijks geüpdatet.

Ten tweede, het vrijwaren van de ziekenhuiscapaciteit blijft essentieel. Ondanks de hoge vaccinatiegraad en de goede werking van de vaccins is de bescherming geen 100 %. Verder zijn er nog steeds niet-gevaccineerde kwetsbare mensen. Daarom is het belangrijk om de circulatie van het virus onder controle te houden.

U vroeg ook of ik ervoor zou pleiten om bij lokale opflakkingen lokale maatregelen te nemen. We werken sedert enige tijd aan de overgang van acuut risicobeheer naar proactief risicobeheer, met een aanpak van lokale uitbraken. Het NCCN heeft hiervoor een procedure uitgewerkt in overleg met FOD Volksgezondheid, de gewestelijke gezondheidsautoriteiten, Sciensano, de GEMS, het coronacommissariaat en de gouverneurs.

Over de afvalwatermonitoring kan ik meegeven dat op dit ogenblik de surveillance van afvalwater geen enkele rol speelt bij de opsporing van clusters. Dat is niet haalbaar, aangezien de huidige surveillance van afvalwater in haar globale nationale vorm grote bevolkingsgroepen volgt met doorgaans meer dan

50.000 inwoners. Het heeft dan ook geen zin 50.000 mensen te testen.

Het gaat om een globale surveillance, die het mogelijk maakt de trends in de circulatie van het virus op te volgen. Dat is iets anders dan een meer gelokaliseerde surveillance, die het althans in theorie inderdaad mogelijk zou maken infectiehaarden op te sporen.

Een dergelijke meer gelokaliseerde surveillance zou kunnen worden overwogen op basis van een aangepast surveillanceplan, dat veeleer op regionaal of lokaal niveau zou worden beheerd, hetzij door toezicht te houden op beperktere gebieden – desgevallend moet echter de technische en economische haalbaarheid ervan worden gevalideerd –, hetzij door toezicht te houden op het afvalwater dat gebouwen van belang verlaat, zoals scholen of verzorgingstehuizen.

Dergelijke initiatieven zijn in Vlaanderen en Wallonië genomen en kunnen indien nodig worden uitgebouwd, indien de feedback positief is.

Onze Waalse partners hebben ons op de hoogte gebracht van hun initiatief, dat enige tijd geleden zou zijn gelanceerd voor een meer gelokaliseerde opvolging van een gebied in de nabijheid van Namen. Ik heb daarover echter nog geen feedback gekregen.

Afvalwater zou waarschijnlijk een rol kunnen spelen in de lokale maatregelen, hoewel die indicator op zich niet genoeg gewicht in de schaal legt. Hij moet ten minste uit voorzorg worden aangevuld met de andere bestaande indicatoren.

Wij hebben weinig ervaring met dat instrument en blijven voorzichtig. De toe-eigening van het instrument door de deskundigen de komende weken zal meer licht op de zaak werpen.

Wij zijn echter van mening dat het in zekere mate zal kunnen bijdragen tot het treffen van lokale maatregelen, bijvoorbeeld wanneer wij een veel grotere toename van het virus in het afvalwater vaststellen in bijvoorbeeld de regio Antwerpen-Zuid dan in de regio Antwerpen-Noord.

02.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb de vraag misschien enigszins fout geformuleerd. U geeft immers aan dat de ziekenhuiscapaciteit nog altijd heel belangrijk is. Dat is ook mijn mening.

Mijn vraag was echter veeleer of die capaciteit nog altijd het enige element van belang is, wanneer wij de ernst van de situatie beoordelen. Tegenwoordig heb ik immers het idee dat meer naar het aantal besmettingen wordt gekeken, waar wel over wordt gerapporteerd, maar minder naar de capaciteit die de ziekenhuizen hebben.

Het is ook belangrijk in het kader van de discussie die wij eerder vandaag hebben gehad over wanneer wordt gevraagd naar een coronabarometer en naar duidelijke indicatoren die aangeven wanneer bijvoorbeeld de federale fase kan eindigen.

Ik heb de indruk dat het niet helemaal helder is wanneer we zullen kunnen spreken van het einde van de pandemie. Mijn vraag was dus eerder in die richting georiënteerd. Ik wilde u eigenlijk alleen vragen of het vrijwaren van de ziekenhuiscapaciteit nog steeds het enige criterium is voor u? Zo niet, welke andere factoren spelen er dan ook nog mee?

02.04 Minister Frank Vandenbroucke: Wat u zegt verrast mij een beetje, maar dat is natuurlijk een indruk. Ik heb persoonlijk helemaal niet het gevoel dat we nu meer belang hechten aan besmettingen dan aan ziekenhuisopnames.

Ik denk dat we toch altijd naar een dashboard van indicatoren moeten kijken: ziekenhuisopnames, doorstroom naar ICU, besmettingen volgens leeftijdscategorieën... Ik denk dat in de huidige omstandigheden van een land waarin de vaccinatiegraad al zeer hoog is, men anders naar besmettingen moet kijken dan pakweg een jaar geleden. Ik ben niet geneigd om te zeggen dat we besmettingen nu belangrijker zouden vinden dan een jaar geleden. Ik denk dat we misschien eerder meer kijken naar ziekenhuisopnames dan een jaar geleden, maar dat blijft een genuanceerd verhaal.

02.05 Frieda Gijbels (N-VA): Ik weet niet of u hier een antwoord op heeft, mijnheer de minister, maar

wanneer moet er volgens u een einde komen aan de federale fase? Heeft u daar zelf een helder beeld van?

02.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: (...) situatie van die aard is dat wij zonder federale maatregelen de crisis – of laat ons zeggen de epidemiologische situatie – voldoende kunnen beheersen. Dat is natuurlijk een zeer breed antwoord. Dat moet gebaseerd zijn op een evaluatie van de RAG.

Zoals de cijfers nu aan het evolueren zijn, zal er binnen enige tijd, als we voorbij de fase zijn waarin we het ministerieel besluit gebruiken, vermoedelijk geen nood meer zijn aan een activering van de pandemiewet. Dat is echter altijd een oordeel dat men moet vellen op het moment waarop men het velt, op basis van de epidemiologische situatie.

02.07 **Frieda Gijbels** (N-VA): Oké, dank u wel. Dat is inderdaad al wat duidelijker.

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

03 **Samengevoegde vragen van**

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het medicijn Montelukast" (55019914C)
- **Laurence Zanchetta** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het astmamiddel Montelukast" (55020773C)
- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Montelukast" (55021138C)

03 **Questions jointes de**

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le médicament Montelukast" (55019914C)
- **Laurence Zanchetta** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le médicament contre l'asthme Montelukast" (55020773C)
- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Montelukast" (55021138C)

03.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, er zijn in ons land ongeveer 160.000 gebruikers van het medicijn Montelukast, waarvan 39.000 minderjarigen. De bijsluiter waarschuwt voor bijwerkingen die soms kunnen voorvallen. Uit onderzoek blijkt dat de bijwerkingen echter vaker voorvallen dan gedacht. Daarom stellen twee Vlaamse artsen voor om de terugbetaling van het medicijn aan bepaalde voorwaarden te koppelen.

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte van de problematiek? Heeft de firma met u contact opgenomen of de artsen zelf? Zult u daar acties aan koppelen?

03.02 **Laurence Zanchetta** (PS): Monsieur le ministre, comme on l'a entendu, le Montelukast est un médicament contre l'asthme et les allergies. C'est un traitement prescrit à près de 160 000 Belges dont 39 000 âgés de moins de 18 ans. Je ne vais pas revenir sur les effets secondaires sérieux que l'on constate. C'est un médecin généraliste de la KU Leuven qui a soulevé le problème.

Monsieur le ministre, mes questions sont les suivantes. Ces effets secondaires ont-ils pu être démontrés dans d'autres études récentes? L'INAMI a-t-il fourni un retour sur la possibilité d'adapter le remboursement de ce traitement? Existe-t-il des alternatives plus sûres pour la santé des patients? Je vous remercie pour vos réponses.

03.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, ik verwijs naar mijn schriftelijke vraag.

Montelukast, een geneesmiddel tegen astma en hooikoorts, blijkt soms ernstige neuro-psychiatrische bijwerkingen te veroorzaken. Die kunnen gaan van nachtmerries en slaapwandelen, over agressie en depressie tot zelfs neiging tot zelfdoding.

De laatste jaren is er in wetenschappelijk onderzoek een verband gelegd tussen het gebruik van Montelukast en neuro-psychiatrische aandoeningen, die vrij vaak voorkomen, wel gelegd. In ons land nemen toch nog zo'n 160.000 patiënten dit middel, ook kinderen. Dat gaat over 18 miljoen dosissen per jaar.

Ongeveer een jaar geleden stuurde het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten (FAGG) in ons land een rondzendbrief naar huisartsen en specialisten met het verzoek patiënten te waarschuwen. Maar deze worden volgens artsen Patrick Vankrunkelsven en Marleen Finoulst te weinig gelezen door artsen.

Volgens de twee artsen zijn er betere middelen voor de behandeling van astma en hooikoorts. Zo hebben puffers met ontstekingswerende en luchtwegverwijdende werking de voorkeur. Montelukast is doorgaans slechts het derde product in de rij. De twee artsen pleiten ervoor om het pas voor te schrijven als de andere middelen niet helpen. In alle geval is het aangewezen om met de huisarts te praten over en te zoeken naar de beste behandelingsmethode voor het probleem.

Het goede nieuws is wel dat de nevenwerkingen snel verdwijnen na het stoppen met het toedienen van het product. Bij de meeste patiënten is dat al een drietal dagen na de behandeling.

1. Wat is uw reactie op de oproep van de twee artsen?

2. Overweegt u om actie te ondernemen?

03.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, ik ben op de hoogte van de problematiek, die niet nieuw is. De risico's worden op dit moment duidelijk beschreven in de bijsluiters. In mei 2020 werd in het kader van de *Direct Healthcare Professional Communication* nog een brief gericht aan de artsen om opnieuw te wijzen op deze risico's op neuropsychiatrische bijwerkingen van Montelukast. In deze communicatie werd onder andere gesteld: "De patiënten, ouders, verzorgers moeten verwittigd worden over het risico op neuropsychiatrische bijwerkingen tijdens de behandeling met Montelukast en de noodzaak om hun arts te informeren in het geval van optreden van: veranderingen in gedrag en stemming, angst, agitatie, zelfmoordgedachten en zelfmoordpogingen, (...) Indien dergelijke stoornissen optreden, moeten de voorschrijvers de baten-risicoverhouding van de voortgezette behandeling met Montelukast zorgvuldig herevalueren en indien nodig een aangepaste opvolging instellen."

Het is natuurlijk de verantwoordelijkheid van de voorschrijvende arts om deze informatie te lezen en de behandeling van zijn patiënt zo nodig daarop af te stemmen. Er loopt op dit ogenblik voor Montelukast geen procedure voor een veiligheidssignaal bij het Europees Geneesmiddelenagentschap EMA. Met een signaal bedoel ik elke informatie over een nieuwe of een gekende bijwerking die misschien veroorzaakt wordt door een geneesmiddel waarvoor verdere evaluatie nodig is.

Ik zal het initiatief nemen om samen met het Bureau van de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen en het Federaal Agentschap voor Geneesmiddelen en Gezondheidsproducten na te gaan of een aanpassing van de vergoedingsregels voor Montelukast aangewezen is. Als blijkt dat een aanpassing noodzakelijk is, zal het Bureau aan de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen voorstellen om een procedure op te starten tot aanpassing van de vergoedingsregels voor Montelukast.

Mme Zanchetta demande aussi s'il y a des alternatives plus sûres pour la santé des patients. Le Montelukast est un antagoniste des récepteurs des leucotriènes. Il est indiqué dans l'asthme comme traitement d'entretien, et comme alternative aux corticostéroïdes inhalés dans les formes légères, par exemple en cas d'intolérance ou de contre-indications aux CSI, les corticostéroïdes inhalés, et comme traitement complémentaire dans les formes plus sévères. Chez les patients qui le prennent, le Montelukast peut avoir un effet favorable sur les symptômes de la rhinite allergique saisonnière. Le Montelukast est le seul antagoniste des récepteurs des leucotriènes autorisés et commercialisé en Belgique. Dans les formes légères d'asthme, une alternative au Montelukast peut être l'inhalation d'un CSI ou une spécialité associant un CSI avec un bêta-2-mimétique à longue durée d'action; dans les formes plus sévères d'asthme, une alternative peut être l'utilisation d'une trithérapie associant un bêta-2-mimétique à longue durée d'action avec un CSI et un anticholinergique à longue durée d'action. Dans le jargon, on parle d'un LABA et d'un LAMA associés à un CSI.

03.05 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, u heeft erop gewezen: de leukotrienantagonisten nemen een vrij specifieke plaats in in de behandeling van astma. Ze hebben ook al een geschiedenis. Ze zijn ooit op de markt gebracht als een soort wondermiddel, en er werd toen ontzettend veel Montelukast verkocht. Nu is in de loop der jaren toch gebleken dat de effectiviteit iets kleiner is dan die van de geïnhaleerde corticoïden.

Ik denk dat we niet mogen overdrijven met de angst voor geïnhaleerde corticoïden wanneer die echt noodzakelijk zijn om de toestand van patiënten, zelfs al zijn het kinderen, goed onder controle te houden, in combinatie met bèta-2-mimetica, zoals u zegt. Maar het is zeer belangrijk dat we onderzoeken of die neurologische gevolgen niet te vaak voorkomen. Ik ben dan ook tevreden met uw antwoord, waarin u zegt dat u het gaat onderzoeken en gaat bekijken of die terugbetaling eventueel pas in een tweede linie gegarandeerd kan worden, en of er bepaalde garanties of opvolgingstechnieken voor de patiënten moeten komen wanneer zij ze voorgeschreven kregen. Want het moet voor de ouders mogelijk zijn om de bijwerkingen te detecteren. Bij een kind is het niet altijd evident om die detectie op tijd te doen, vandaar het belang ervan. We volgen het zeker verder op.

03.06 Laurence Zanchetta (PS): Monsieur le ministre, merci pour votre réponse précise. Je suis ravie d'apprendre qu'il y ait des alternatives – vous les avez citées, même si on parle de la difficulté de reconnaître, chez les enfants, certains effets secondaires. Cela veut aussi dire que les médecins généralistes ont reçu une information correcte et peuvent par conséquent donner une bonne information aux patients et suivre – ou en tout cas adapter – leur traitement.

03.07 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, u verwees naar de rondzendbrief van het FAGG van, dacht ik, mei 2020. Een van de kritieken van de artsen was dat die brief nauwelijks gelezen werd. Zij deden de uitspraak: "Je krijgt zoveel post in de bus dat veel van die brieven nauwelijks gelezen worden." Misschien is dat ook een probleem dat eens bekeken moet worden, namelijk hoe het FAGG dergelijke communicatie beter bij artsen kan krijgen.

Ik hoop, ondanks deze bewering, dat dit toch de uitzonderingen zijn. Voor zover ik begrepen heb zijn er ook alternatieven, zoals buffers. Die zouden eigenlijk de voorkeur moeten krijgen. Het lijkt mij inderdaad goed om de terugbetaling te herevalueren. Ik wil u dan ook danken voor uw initiatief om dit aan de CTG voor te leggen.

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

04 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het MICA-programma" (55020028C)

04 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le programme MICA" (55020028C)

04.01 Frieda Gijbels (N-VA): Het MICA-programme (Monitoring Intensive Care Activities) is een project dat gevalideerd is in 2017 met als doel de kwaliteit van de geneeskunde in de intensieve zorg te verbeteren door het gebruik van kwaliteits- en prestatie-indicatoren. Zo kan men het klinische en epidemiologische profiel van patiënten op de intensieve zorgafdeling analyseren, zoals de comorbiditeiten per leeftijd en geslacht, de gemiddelde opnameduur en de mortaliteit. Kennis en transparantie over deze parameters zijn van cruciaal belang om patiëntveiligheid te garanderen, zeker bij het in kaart brengen van de COVID-19-pandemie. Intussen zijn meerdere grote intensievezorgdiensten toegetreden tot dit programma, wat goed is voor de monitoring van 839 intensieve bedden.

Wat is uw houding tegenover het MICA-project?

In hoeverre werd dit project ingezet in de monitoring van de COVID-19-pandemie?

Welke data werden reeds gebruikt uit dit project?

Is het uw intentie om het MICA-project verder uit te breiden en te ondersteunen?

Zijn er nog andere benchmarkingsystemen in omloop buiten dat van het Vlaamse ziekenhuizenetwerk, en wat is uw houding daar tegenover?

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Van bij het begin heeft de FOD Volksgezondheid, in casu het *Hospital & Transport Surge Capacity Committee (HTSC)*, in overleg met alle vertegenwoordigers van alle overheden, Defensie, de ziekenhuiskoepels en experts geprobeerd om de situatie van de ziekenhuissector van nabij op te volgen. De basis van zo'n opvolging is goed databeheer en een goede gegevensdoorstroming. We kunnen er heel wat uit leren.

Bij het beheer van een crisis is het belangrijk om in real time en zo adequaat mogelijk gegevens te kunnen verzamelen. Het behoeft dan ook geen discussie dat in deze pandemie de bezetting van de intensievezorgseenheden een van de sleutelindicatoren is om deze pandemie in België te kunnen opvolgen. We kunnen ons onder meer de vraag stellen hoe we de beschikbare gegevens in de ziekenhuizen beter kunnen verzamelen, hoe we die gegevens kunnen gebruiken en consolideren, hoe we een beter zicht krijgen op de intensieve zorgafdelingen en hun patiënten, en wat het effect is van de vaccinatie op de intensieve zorgafdelingen. Op die manier kunnen we het beheer van deze crisis beter sturen.

Het MICA-project is een kwaliteitsproject waarin aan de hand van vele indicatoren ziekenhuizen ten opzichte van elkaar bekeken worden. De bedoeling is om de zorg in de verschillende intensieve zorgafdelingen van de ziekenhuizen kwalitatiever te maken, wat niet anders dan positief kan zijn.

U vroeg ook in hoeverre dit project is ingezet in de monitoring van de pandemie. Naast de verplichte surge-capacitybevraging die gebeurt op basis van een koninklijk besluit van 30 april 2020, is het inderdaad een mogelijk ander kanaal om zicht te krijgen op wat er gebeurt in de ICU-diensten. Aangezien niet elk ziekenhuis in België hierop is aangesloten, zal dit project worden gebruikt als een earlydetectionsysteem dat ons indicaties zal geven, in combinatie met de andere data die al voor handen zijn.

Momenteel worden er nog geen data gebruikt uit dit project. Het akkoord van de ziekenhuizen is er om geaggregeerde data te mogen gebruiken. Mijn diensten zijn op dit moment de nodige stappen aan het ondernemen om dat in orde te brengen.

U vroeg ook of ik dit verder wil uitbreiden. Dat is een zeer interessant project en het is natuurlijk altijd de bedoeling om te bekijken hoe wij met interessante projecten de kwaliteit van de zorg kunnen verhogen. Dat er nog andere benchmarkingtools zijn, is één zaak, maar dit is niet meteen een garantie dat hierdoor de kwaliteit van de zorg verhoogt. Met andere woorden, hoezeer wij ook streven naar het verhogen van de kwaliteit van de zorg, toch kan ik nu nog niet bevestigen dat wij dit project als centraal project zullen gebruiken.

04.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, ik stel deze vraag omdat u zich misschien nog herinnert dat onze fractie een hele tijd heeft aangedrongen op het krijgen van cijfers over mortaliteit en ligduur van de covidpatiënten in de ziekenhuizen. Die cijfers zijn ons lange tijd ontzegd door Sciensano en ook de FOD was ter zake erg terughoudend. Zij gaven aan dat het door een gebrek aan randgegevens heel moeilijk was alles in de juiste context te plaatsen. Hierna werd ik gecontacteerd door artsen die mij te kennen gaven dat zij daar wel zicht op hadden. Zij wisten wel welke patiënten vatbaarder waren en hoe het kwam dat bepaalde mensen ernstiger ziek werden en een langere ligduur hadden.

Ik vond het heel vreemd dat de overheid geen gebrek heeft gemaakt van die informatie, des te meer omdat het MICA-project eigenlijk door een van uw voorgangers op het getouw is gezet.

Men zou dan toch mogen veronderstellen dat het getuigt van enige common sense om dit te gaan bekijken, zeker in een crisissituatie. Ik vind het zwaar problematisch dat er projecten worden opgestart die vervolgens niet meer worden opgevolgd en ook niet worden gebruikt op momenten dat ze heel erg nuttig en nodig zouden kunnen zijn.

U zegt ook dat benchmarking niet meteen een garantie is op kwaliteit van de zorg. Ik heb daarover met een aantal artsen gesproken en zij geven toch aan dat het een heel goede tool is om met mekaar te overleggen over behandelprotocollen en manieren van aanpak. Op die manier krijgt men uiteindelijk een kwaliteitsverhoging.

Ik hoop dat er nog inspanningen zullen worden geleverd om de kwaliteit van de zorg te verhogen. De initiatieven die de ziekenhuizen momenteel op vrijwillige basis nemen, moeten zij ook zelf financieren terwijl het de kwaliteit van de zorg enkel ten goede kan komen. Ik hoop dat ook u nog initiatieven zult nemen om dit verder te belonen en te ondersteunen.

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

05 Samengevoegde vragen van

- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het bewijs van immuniteit" (55020037C)
- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het Covid Safe Ticket" (55020151C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De kleurcode van het Covid Safe Ticket" (55020730C)
- Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De besmetting na vaccinatie en het CST" (55021065C)

05 Questions jointes de

- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La preuve d'immunité" (55020037C)
- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le Covid Safe Ticket" (55020151C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le code de couleur du Covid Safe Ticket" (55020730C)
- Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les cas de contamination chez les personnes vaccinées et le CST" (55021065C)

05.01 Dominiek Snelpe (VB): *Wie deze zomer wil reizen zal een coronapaspoort moeten kunnen voorleggen waarop bevestigd wordt dat je gevaccineerd bent of dat je geen corona hebt door het bewijs van een negatieve PCR-test. Maar wie kan aantonen dat hij/zij reeds corona had en dus immuun is kan dit ook enkel met een PCR-test bewijzen. De besmetting mag bovendien niet ouder zijn dan 180 dagen. Wie dus vroeger besmet raakte zal dit niet kunnen aantonen. Hoewel een bloedtest perfect kan bepalen of de persoon antilichamen heeft, behoort dit niet tot de mogelijkheden van het coronapaspoort.*

Landen gebruiken ook nog eens verschillende termijnen wat de geldigheid betreft. In Denemarken is dat bv 12 maanden ipv 6 maanden zoals bij ons.

Daarom volgende vragen:

Overweegt de minister om de bloedtest als mogelijk bewijs van immuniteit te implementeren in het coronapaspoort? Indien niet, waarom niet?

Zou het niet kostenbesparend zijn mochten huisartsen bij elk routine bloedonderzoek ook controleren op antilichamen tegen covid-19?

Kan de geldigheid ook hier opgetrokken worden naar 12 maanden?

05.02 Robby De Caluwé (Open Vld): *Ik heb deze vraag al heel lang geleden ingediend. Ze betreft het feit dat gevaccineerden die toch positief testten hun coronacertificaat konden behouden. Deze week had ik nog een nieuwe vraag ingediend, vraag nr. 55021140C. Die staat ook op de agenda op plaats 79, maar dat is eigenlijk een actualisatie van deze vraag. Ik zou deze vraag graag nu behandeld zien als dat kan. Ik vermoed dat u daar ook op zult antwoorden. Met de CovidSafeBE-app zijn nog altijd een paar problemen. Op een evenement kan een bepaald certificaat bijvoorbeeld meerdere keren worden ingescand en dit geeft telkens een groen licht. Er zijn blijkbaar mensen die dat aan elkaar doorgeven. Wordt daar ook nog gewerkt aan een oplossing? Als het niet kan om deze vraag nu te beantwoorden, is dat geen probleem. Dan wacht ik natuurlijk.*

De **voorzitter**: We zullen straks met de minister bekijken of hij daarop kan antwoorden.

05.03 Kathleen Depoorter (N-VA): *Mensen die volledig gevaccineerd zijn tegen COVID-19 en nadien positief testen, kunnen nog steeds een groen Covid Safe Ticket in de COVID-applicatie aanmaken. Dit is niet de bedoeling, want normaal moeten mensen die positief testen op COVID automatisch een rood Covid Safe Ticket krijgen. Volgens de woordvoerder van Digitaal Vlaanderen gaat het om een technisch probleem omdat het niet was voorzien dat mensen positief konden testen na volledige vaccinatie.*

Graag verneem ik het volgende van de minister: *Is de minister op de hoogte van de problematiek? Zo ja: wanneer verwacht de minister een oplossing voor dit probleem?*

Welke stappen zal de minister ondernemen om tot een tijdelijke oplossing te komen?

Verwacht de minister problemen hierdoor? In hoeverre is er draagvlak bij de bevolking voor het rode Covid Safe Pas en gelden dezelfde quarantaine regels als voor niet-gevaccineerden?

05.04 Dominiek Snelpe (VB): Na een busreis naar Blankenberge zijn 32 van de 49 gevaccineerde busreizigers uit Limburg toch besmet geraakt met het coronavirus. De busreizigers waren allemaal gevaccineerd; een coronapas (Covid Safe Ticket of CST) was de voorwaarde om in de bus te mogen. Er zijn 4 stalen met een hoge virale lading overgebracht naar het Jessa Ziekenhuis in Hasselt, waar een *sequencing* moet bepalen om welke variant het gaat. Gelukkig werden de senioren niet ernstig ziek.

De 49 senioren hadden allemaal een CST op zak, maar toch waren er besmettingen. Blijkbaar is het CST dan toch geen garantie op een virusvrije maatschappij.

U zei daarnet al dat u verder zult gaan met de invoering van het CST. Op mijn vraag op welke wetenschappelijke inzichten u daarbij steunt, heb ik nog altijd geen concreet antwoord gekregen. Kunt u de links doorsturen naar de wetenschappelijke artikelen waarop u zich baseert? Dan zou ik al heel wat vragen kunnen schrappen.

Weten we al met welke variant de senioren besmet waren?

05.05 Minister Frank Vandenbroucke: Dit wordt enigszins improviseren, ik probeer het dus kort te houden. Mevrouw Snelpe, opnieuw gingen uw vragen over seropositiviteit, bloedtests en de rol daarvan in het vaccinatiepaspoort. Op die suggestie reageerde ik negatief tijdens het debat, en ik legde ook uit waarom ik zo reageerde. Daar kom ik dus niet op terug.

Het probleem met recente besmettingen ondanks vaccinatie was niet voorzien in de originele architectuur van het CST, maar dat hebben we inmiddels opgelost. Iemand die recent besmet is, zal – ondanks het feit dat hij gevaccineerd is – toch code rood krijgen, zodat hij geen toegang krijgt.

We weten dat de kans dat je besmet raakt na vaccinatie, veel kleiner is, maar ze is niet totaal onbestaande. Daardoor blijf je met het probleem zitten dat gevaccineerden toch nog een besmetting doorgeven.

Bij georganiseerd collectief vervoer blijven we altijd denken aan andere elementaire beveiligingsmaatregelen zoals het mondkapje en een aantal gekende hygiënische beschermingsmaatregelen. Mevrouw Snelpe, ik beschik niet over de resultaten van de genoomsequencing met betrekking tot het incident met de busreis waarnaar u verwijst.

Mijnheer De Caluwé, uw vraag betreft het frauduleuze gebruik van het Covid Safe Ticket. De QR-code is elektronisch ondertekend. Wanneer men de naam of de voornaam van de houder in de QR-code probeert te wijzigen, wordt een foutmelding gegeven bij het scannen ervan. Degene die het Europese Digital Covid Certificate scant, moet aan degene die dat Digital Covid Certificate toont, vragen om een identiteitsbewijs met foto voor te leggen en dus nagaan of de naam en voornaam op het Europees certificaat overeenkomt met deze op het identiteitsbewijs en nagaan of de foto welk degelijk een foto van de betrokkene is. Zo vermijd je dat een Europees Digital Certificate wordt voorgelegd dat eigenlijk het certificaat is van een derde persoon. De versie van het Europese certificaat die wij tonen met onze Belgische CovidSafeBE-app vertoont een animatie rond de QR-code, waarbij degene die scant, kan vaststellen dat het geen origineel Europees Digital Certificate is. Daardoor wordt ook vermeden dat met een smartphone een foto kan worden gemaakt van de QR-code die dan kan worden gepresenteerd als authentiek, terwijl die eigenlijk niet authentiek is. Rond uw vaccinatiebewijs zit dus een animatie, wat eigenlijk een antifraudesysteem is.

05.06 Dominiek Snelpe (VB): Ik houd mijn repliek kort: ik reageerde daarnet al tijdens het debat over de bloedafnames. Volgens mij laten we daar wel degelijk een kans liggen, maar goed, dat is een andere discussie.

Wat uw antwoord op mijn andere vraag betreft, is dat nu net wat een coronapas doet: een vals gevoel van veiligheid geven. Ik weet niet of de senioren zich in de bus hebben gehouden aan de mondkapjeplicht – misschien moet dat wel eens nagegaan worden –, maar het is natuurlijk wel de consequentie van uw coronapasje.

Het verwondert mij dat u niet weet met welke variant de senioren besmet zijn. Hopelijk wordt dat toch ergens gerapporteerd en zit dat op z'n minst bij Sciensano in de een of andere databank, zodat we zicht blijven houden op het verloop van de virusvarianten.

05.07 Robby De Caluwé (Open Vld): Ik had de animatie al opgemerkt. Ik dacht dat het een poging van de

ontwikkelaars was om het sexyer te maken, maar nu begrijp ik dat dat inderdaad een van de middelen is die kunnen helpen om potentiële vervalsingen te detecteren. Het kan aan mij liggen, maar voor mij is dit nieuwe informatie. Misschien is het dus niet heel goed gecommuniceerd. Ik ga in elk geval in mijn gemeente aan de organisatoren van evenementen waarvoor een CST vereist is, de tip geven dat ze op de animatie moeten letten. Zo kunnen ze al een groot deel van de mogelijke fraude voorkomen.

05.08 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister. Het is inderdaad in die zin opgelost dat er aangetoond wordt wanneer er dan toch een besmetting is na de dubbele vaccinatie, maar ik het nog één bemerking of vraag daarbij.

Zorgverstrekkers die gevaccineerd zijn en een besmetting oplopen zullen dan wel kunnen gaan werken met dat rode Covid Safe Ticket, maar niet naar een evenement kunnen. Dat is ergens toch een beetje bijzonder. Ik weet niet of we daar een antwoord op vinden, dank u.

05.09 Minister Frank Vandenbroucke: Ja, dat is daarnet ook al aan bod gekomen in het debat over het nieuwe samenwerkingsakkoord.

U hebt gelijk, daar kan u zich van buitenaf bekeken vragen bij stellen, maar het heeft natuurlijk te maken met het feit dat wetgeving die zou ingrijpen op de situatie van iemand die in een verhouding staat van werknemer ten opzichte van werkgever, waar er dus een arbeidsovereenkomst is, veel meer vereist dan de basis die wij hier leggen voor het Covid Safe Ticket. Tussen zeggen dat men gevaccineerd moet zijn om ergens te mogen werken en zeggen dat de organisator van een event u mag vragen om het Covid Safe Ticket te tonen, is het eerste een veel zwaardere ingreep, om het zo te zeggen. Het vraagt een specifiek wetgevend kader dat we vandaag niet hebben, omdat het over een arbeidsovereenkomst gaat waarin mijn ingrijpt.

We hebben dat vanmiddag al besproken in het debat.

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

06 Samengevoegde vragen van

- **Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Gratis PCR-testen voor niet-gevaccineerden omwille van medische redenen" (55020048C)**
- **Nathalie Muylle aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van de PCR-testen voor niet-gevaccineerden om medische redenen" (55020252C)**

06 Questions jointes de

- **Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Des tests PCR gratuits pour les personnes non vaccinées pour raisons médicales" (55020048C)**
- **Nathalie Muylle à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des tests PCR pour les personnes non vaccinées pour raisons médicales" (55020252C)**

06.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, voor de zomer hebben we twee gratis PCR-testen ingevoerd voor mensen die nog niet volledig gevaccineerd konden zijn. Die gratis testen moesten het mogelijk maken dat die mensen ook aan activiteiten konden deelnemen of op reis konden gaan. Voor wie wel al een uitnodiging heeft gekregen, maar zich niet heeft laten vaccineren, is de PCR-test niet gratis. We hebben het er vandaag al uitvoerig over gehad. Binnen de groep van de niet-gevaccineerden is er echter ook een kleine groep die om medische redenen niet kan worden gevaccineerd. Aangezien we het gebruik van het Covid Safe Ticket (CST) ook uitbreiden, kunnen de kosten voor die groep behoorlijk oplopen. Wordt eraan gedacht deze doelgroep meer gratis testen aan te bieden? Wordt eraan gedacht om het CST aan te passen, zodat deze mensen niet verplicht worden om voor elke uitstap een test te laten uitvoeren?

06.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, er bestaat inderdaad een zeer beperkte groep van mensen die zich niet of onvolledig kunnen laten vaccineren, bijvoorbeeld wegens een zeer groot risico op een ernstige allergische reactie. Die mensen hebben COVID-testen nodig om een Europees coronacertificaat of een CST te verkrijgen om te kunnen reizen of in ons land deel te nemen aan bepaalde evenementen indien daarvoor het CST gevraagd wordt.

Er wordt nu een procedure uitgewerkt om PCR- en snelle antigeentesten terug te betalen aan deze groep, zodat deze mensen ook kosteloos een Europees certificaat of een CST kunnen verkrijgen om aan te tonen

dat ze niet besmet zijn. De voorgestelde procedure bestaat erin dat deze mensen een attest van een arts verbonden aan een referentiecentrum allergologie verkrijgen, waarin een verbod tot eerste vaccinatie of vervolgvaccinatie wordt aangegeven. Vandaag bestaan er 23 dergelijke referentiecentra in België. Dit attest zou dan door de verzekerde aan de adviserend arts van zijn ziekenfonds worden overgemaakt. Op basis van de ingediende kostenstaten van de testen kan het ziekenfonds de testen terugbetalen, zowel PCR-testen als snelle antigeentesten, uitgevoerd door een professionele zorgverlener en onbeperkt in aantal. Dat zou een structurele oplossing zijn.

Er is een koninklijk besluit nodig om dat mogelijk te maken. Dat is in voorbereiding. De procedure werd op 20 september voorgelegd aan het Verzekeringscomité. Nadien zal communicatie volgen naar alle verzekeringsinstellingen, de huisartsen en de referentiecentra om deze procedure kenbaar te maken. De informatie zal natuurlijk ook gepubliceerd worden op de website van het RIZIV.

06.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik kan daar eigenlijk niet veel aan toevoegen. Bedankt dat u deze groep niet vergeet en voor hen een oplossing zult uitwerken.

Het incident is gesloten.
L'incident est clos.

07 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De volledige heropening van de samenleving" (55020050C)

07 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La reprise complète de la vie en société" (55020050C)

07.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, om te vermijden dat de ziekenhuisbedden in de herfst opnieuw vol liggen, vroeg infectioloog Jeroen van der Hilst van het Hasseltse Jessa Ziekenhuis op 10 augustus, al meer dan een maand geleden, om de coronamaatregelen te versoepelen.

De meeste mensen hebben immers de kans gehad zich te laten vaccineren en de mensen die ervoor kozen om dat niet te doen, zullen vroeg of laat het coronavirus oplopen. Ik citeer hem: "We moeten bekijken wat het groter doel is van de coronamaatregelen en ons afvragen of ze ons op dit moment niet meer kosten dan goed doen."

Mijnheer de minister, ik heb de volgende vragen. Hebt u tekst en uitleg gevraagd aan deze infectioloog, aangezien dit toch een heel andere mening is dan die van de adviserende deskundigen? Indien ja, kunt u ons daarvan verslag geven? Indien niet, waarom niet?

Zult u het advies van deze infectioloog volgen? Ondertussen weten we natuurlijk dat u dat niet hebt gevolgd. De zomer is intussen immers al voorbij.

Welk plan hebt u bij de verdere afwikkeling van de pandemie? Welk doel stelt u voorop? Zoals collega De Roover zei, wordt de caravan immers steeds maar verplaatst. Gaat u voor nultolerantie of leren wij leven met een endemisch virus? Welke stappen zullen dan nog moeten worden gezet? Wanneer keren we terug naar het leven van vóór corona, naar het echte normaal?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, ik heb gelezen wat infectioloog Jeroen van der Hilst heeft gezegd, net als wat de voorzitter van de GEMS, onze officiële adviesraad, daarover heeft gezegd. Haar reactie daarop was behoorlijk negatief. Ik heb daarover nagedacht en besloten niet verder door te gaan op het advies van Jeroen van der Hilst, hoewel afwijkende meningen natuurlijk altijd interessant en welkom zijn.

U vraagt hoe wij de crisis verder zullen aanpakken. U zult begrijpen dat ik hier op zo'n vraag niet in twee minuten kan antwoorden. Ik verwijs naar alle verklaringen die daarover zijn afgelegd sinds het laatste Overlegcomité, naar het debat dat we daarnet hebben gehad over het CST en naar de voortdurende discussies die wij hebben over de vaccinaties. Het is dus echt moeilijk om hier op zo'n brede vraag te antwoorden.

07.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, we weten uiteraard dat u het advies van de GEMS volgt, maar ik vind het frappant dat die infectioloog, die toch ook geen dommerik is en die zijn vak wel zal kennen, niet eens wordt gehoord, dat hij niet wordt uitgenodigd. Blijkbaar is de paardenbril bij de

adviesorganen heel groot, wat heel jammer is.

U zegt dat u hierop niet in twee minuten kunt antwoorden. Men zou toch denken dat er ondertussen al een of ander plan zou zijn. Ik heb u al verscheidene keren gevraagd waar dat is, maar ook nu moet u toegeven dat er niet echt een plan is. Er worden ad-hocmaatregelen genomen, maar voor de rest is er geen langetermijnvisie.

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

08 Vraag van Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De spoedgevallenregistratie" (55020086C)

08 Question de Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'enregistrement des urgences" (55020086C)

08.01 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, bij koninklijk besluit van 15 januari 2014 werden de regels vastgesteld over welke urgentiegegevens moeten worden medegedeeld aan de minister van Volksgezondheid. Enkele van de gegevens die volgens het KB geregistreerd moeten worden, zijn de datum en het uur van inschrijving van de patiënt op de spoedgevallendienst, de datum en het uur van uitschrijving, en de termijn waarbinnen de patiënt zou moeten worden behandeld op basis van de triage.

In het KB van 15 januari 2014 staat beschreven dat men “de termijn waarbinnen de patiënt zou moeten behandeld worden op basis van de triage” moet registreren. Wat wordt daar precies mee bedoeld? Kunt u meer informatie geven over de gegevens die in dat kader geregistreerd worden?

Gebeurt die registratie vandaag correct? Zo ja, wat vertellen de resultaten van die registratie u? Ziet u bepaalde opvallende trends of verschillen tussen ziekenhuizen? Ik denk daarbij heel specifiek aan bijvoorbeeld CVA-patiënten die opgenomen worden.

Waar zijn ten slotte hervormingen mogelijk om de wachttijden te verkorten? Hoe ziet u de invloed van de netwerkvorming van de ziekenhuizen op de wachttijden op de spoedgevallendiensten?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Het klopt dat er via KB van 15 januari 2014 een spoedgevallenregistratie werd opgelegd aan de ziekenhuizen. Die werd in 2 fasen geïntroduceerd in 2014-2015. Omdat UREG een nieuwe vorm van registratie was – in real time, daar waar alle andere registraties post hoc zijn – werd er bij de introductie van het systeem van uitgegaan dat er ook een leertijd van het personeel van de spoedgevallendiensten noodzakelijk was. Om al die redenen, en om een optimale kwaliteit te kunnen garanderen, werd gesteld dat er in 2017 geen gegevensexploitatie van UREG mogelijk zou zijn.

In het kader van de administratieve vereenvoudiging werd in oktober 2017 het aantal variabelen binnen de registratie drastisch verminderd. De bedoeling was de administratieve last voor de ziekenhuizen in te perken, maar het resultaat was dat de doelstellingen, opgenomen in het KB, niet langer realiseerbaar waren. Daarom werd UREG in 2019 door mijn voorganger opgeschort.

Vervolgens vraagt u wat er precies wordt bedoeld met “de termijn waarbinnen de patiënt zou moeten behandeld worden op basis van de triage”. Wel, spoedgevallendiensten gebruiken verschillende types van triagemodellen om de prioriteiten binnen de groep wachtende patiënten te definiëren.

Voorbeelden zijn de Manchester Triage Scale, de Australian Triage Scale, de Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale en de Emergency Severity Index. Binnen de modellen wordt er aan bepaalde ernstniveaus een termijn gekleefd waarbinnen patiënten behandeld zouden moeten worden: de meest ernstige dienen onmiddellijk te worden behandeld, de minst ernstige mogen enkele uren wachten. Ik kan u over de termijn niet meer precieze informatie bezorgen, omdat de UREG-registratie werd opgeschort in 2019. Ten slotte moet ik u zeggen dat de duur van de tijd tussen de inschrijving en de effectieve behandeling op de spoedgevallendienst niet werd geregistreerd binnen de opgeschorte UREG.

Het registreren van de duur van de wachttijd heeft alleen waarde als die getoetst wordt aan de termijn waarbinnen de patiënt behandeld zou moeten worden op basis van de triage en als er bij de toetsing een kwalitatieve analyse mogelijk is van de redenen waarom de termijn overschreden zou worden.

Wat betreft, ten slotte, hervormingen die mogelijk een goede impact zouden hebben, kan ik het volgende zeggen. De instroom van patiënten op spoedgevallen is geen georganiseerde instroom. De mensen komen daar niet op afspraak. De wachttijden op piekmomenten vermijden, is dan ook alleen mogelijk als de diensten zo zouden worden gedimensioneerd dat zij zelfs op piekmomenten iedereen onmiddellijk zouden kunnen behandelen, maar dat zou ook betekenen dat er op alle andere momenten een grote overcapaciteit aanwezig is. Het is dus een kwestie van het vinden van een kostenefficiënt evenwicht tussen capaciteit enerzijds en wachttijd anderzijds.

De triage is dan ook het instrument om te vermijden dat mensen met aandoeningen die niet mogen wachten, toch moeten wachten. Anderen die met minder of niet-urgente aandoeningen naar de spoedgevallendienst komen, moeten dan natuurlijk wel geduld opbrengen. De instroom zelf beperken via bijvoorbeeld een verhoogde eigen bijdrage indien er wordt geconsulteerd op een spoedgevallendienst zonder verwijzing en voor niet-dringende aandoeningen is een beetje controversieel. Sensibilisering en opvoeding van het brede publiek kunnen op langere termijn een mogelijke piste zijn om een overbevraging van de spoedgevallendiensten voor bijvoorbeeld de eerstelijnszorg te verminderen.

Ook de verdere uitrol van huisartsenwachtposten, 1733 en de samenwerking tussen de wachtposten en de ziekenhuizen zijn belangrijke elementen waar wij verder over moeten nadenken.

08.03 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, er is dus een opschorting gebeurd omdat het onhaalbaar was, maar is het de bedoeling om dat opnieuw op te starten en in welke vorm? De registratie is immers belangrijk om de snelheid van hulpverlening te meten. U sprak ook over de verschillende modellen die de ziekenhuizen gebruiken voor de triage. Is het niet nuttiger of simpeler dat wij één model gebruiken in alle ziekenhuizen, zodat de data beter kunnen worden vergeleken en de kwaliteit gecheckt? Ik ben geen arts of deskundige, maar zou wel graag weten waarom wij dat niet uniformeren over alle ziekenhuizen heen.

08.04 Minister Frank Vandenbroucke: Ik durf daar niet op te antwoorden. Het lijkt mij op het eerste gezicht niet zo evident om een uniform model op te leggen, maar ik durf er niet echt een antwoord op geven. Ik heb geen weet van plannen om UREG opnieuw op te starten, vermoedelijk omdat het probleem van de basisdata overeind blijft.

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

09 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De aangemelde instanties i.h.k.v. de verordening over medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek" (55020087C)

09 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les organismes notifiés dans le cadre du Rgt sur les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro" (55020087C)

09.01 Robby De Caluwé (Open Vld): De EU-verordening betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek en tot intrekking van zowel een richtlijn als een besluit van de Commissie treedt in werking op 26 mei 2022. Om de verordening in werking te kunnen laten treden, moet aan een aantal randvoorwaarden worden voldaan. Dat blijkt nu niet het geval te zijn. EU-referentielaboratoria, de *common specifications* en de *implementation guidance* zijn essentiële zaken die nog niet op punt zijn. Op de aanvaarding van de *notified bodies* die de certificaten voor MDR en IVDR moeten uitschrijven, zit blijkbaar nog heel wat vertraging. De firma die tot nog toe als enige Belgische *notified body* was aanvaard onder de richtlijn, is vandaag nog altijd niet aanvaard onder de verordening. Dit houdt het risico in dat certificaathouders niet langer zeker zijn dat ze tijdig gehercertificeerd kunnen worden onder de nieuwe Verordening Medische Hulpmiddelen. Naast de economische schade, leidt dit mogelijk tot schaarste van essentiële hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek.

Hoe komt het dat er zoveel vertraging zit op de aanvaarding van het enige Belgische bedrijf dat tot nog toe was aangewezen als *certified body* onder de richtlijn medische hulpmiddelen? Worden de problemen verholpen?

Hoe ziet u de inwerkingtreding van de verordening op 26 mei?

Hoe schat u de schade, economisch, maar vooral op het vlak van de gezondheidszorg, in als niet alle

noodzakelijke randvoorwaarden zijn vervuld voor de inwerkingtreding van de verordening?

09.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Het FAGG is inderdaad voor België de overheid die bevoegd is om een *notified body*, dus een aangemelde instantie, aan te wijzen. Die is dan bevoegd om medische hulpmiddelen en medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek te certifiëren en zodoende op de Europese markt toe te laten. De vertraging heeft twee oorzaken. Ten eerste is er de noodzaak tot het tijdig opvangen van de gevolgen van de Brexit. In overleg met de *notified bodies* is geopteerd om de uitbreiding van de bestaande aanwijzing onder de oude richtlijn betreffende de medische hulpmiddelen door te voeren zodat ze de Europese dossiers van hun Britse zusterfirma konden overnemen voor de Brexit. Pas daarna kon het dossier aanmelding overeenkomstig de nieuwe verordening medische hulpmiddelen verder worden opgevolgd. Ten tweede is er de procedure inzake aanwijzingen van de *notified bodies* zelf. Deze impliceert een zeer lange doorlooptijd van ten minste achttien maanden, aangezien de beoordeling gebeurt door een Europees team in samenwerking met het nationale team. Het dossier is momenteel nog lopende, maar het zit wel in de laatste fase.

Een totaal ander punt is het gebrek aan voldoende aangemelde instanties op Europees niveau voor wat betreft de EU-verordening betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek, die op 26 mei 2022 in werking zal treden. De lidstaten en de Europese Commissie zijn zich bewust van de problematiek. Als er geen oplossing wordt gevonden, kan dat tot gevolg hebben dat een aantal medische hulpmiddelen niet tijdig zullen kunnen worden gecertificeerd en dus niet op de Europese markt blijven.

Samen met collega's uit andere lidstaten heb ik ook namens België de kwestie aangekaart bij de Europese instellingen. Ik deed dat met het oog op een aanpassing van de overgangsperiode in de verordening. Op die manier kunnen de medische hulpmiddelen die tot nu toe niet gecertificeerd hoefden te worden, langer op de markt blijven tot er voldoende aangemelde instanties zijn.

Het initiatief om de verordening aan te passen, ligt bij de Europese Commissie. Volgens de informatie waarover ik beschik, is dat ook in voorbereiding. De lidstaten overleggen ook over de ontwikkeling van gemeenschappelijke processen om de beoordeling van dossiers tussen lidstaten te vergemakkelijken en de continuïteit van de patiëntenzorg te kunnen waarborgen.

De verordening betreffende medische hulpmiddelen voor in-vitrodiagnostiek zal op 26 mei 2022 in werking treden. Dat staat niet ter discussie. Zoals ik heb uiteengezet, gaat het enkel om een aanpassing van de overgangsregeling, die moet toelaten dat medische hulpmiddelen die vandaag geen certificering nodig hebben, op de markt kunnen blijven tot er voldoende *notified bodies* zijn aangewezen die het onderzoek met het oog op deze certificering zouden kunnen verrichten.

09.03 **Robby De Caluwé** (Open Vld): Mijnheer de minister, we moeten er inderdaad over waken dat we niet in een juridisch vacuüm terechtkomen. Ik heb begrepen dat de EU een initiatief zal nemen om daarvoor te zorgen. Ik kijk uit naar wat dat uiteindelijk oplevert.

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

10 **Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het belang van de aandacht voor antimicrobiële resistentie" (55020105C)**

10 **Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'importance de l'attention portée à la résistance antimicrobienne" (55020105C)**

10.01 **Maggie De Block** (Open Vld): We weten dat er een *World Antimicrobial Awareness Week* aankomt, maar de Wereldgezondheidsorganisatie vindt dat we daar voortdurend aandacht voor moeten hebben en dat dit nu al een ernstige bedreiging vormt in verschillende landen. De Wereldgezondheidsorganisatie neemt gedurende deze periode specifieke initiatieven die de aandacht moet verhogen voor het resistent worden van micro-organismen door het overmatige en foutieve gebruik van antimicrobiële geneesmiddelen. Deze week werd voor het eerst georganiseerd in 2015.

Met initiatieven zoals BAPCOC en AMCRa voert België reeds vele jaren een strijd tegen onjuist antibioticagebruik en de antimicrobiële resistentie. De voorbije jaren streefden we ook naar een structureel nationaal actieplan tegen antimicrobiële resistentie in samenwerking met verschillende sectoren.

Na overleg in de interministeriële conferentie publiceerde de FOD Volksgezondheid het ontwerpplan antimicrobiële resistentie met oog op een openbare raadpleging, die liep tot 10 juli 2021. Een dergelijke raadpleging is belangrijk. Burgers en stakeholders krijgen de kans om aanvullingen en suggesties voor het plan te formuleren, wat op termijn bijdraagt tot het draagvlak voor het beleid. In welke mate namen burgers en stakeholders deel aan de openbare raadpleging? Wat is hun profiel of welke stakeholders namen voornamelijk deel?

Zullen de verwerkte resultaten en het aangepaste plan opnieuw voorgelegd worden aan de interministeriële conferentie Volksgezondheid? Is de officiële lancering van het plan, gepland voor oktober 2021, nog steeds haalbaar? We hebben immers een moeilijke periode achter de rug.

Zal het plan aandacht besteden aan het domein van de vergeten tropische ziekten (of *neglected tropical diseases*)?

Plant u initiatieven of acties tijdens de World Antimicrobial Awareness Week? Zo ja, welke? Zullen de nodige inspanningen worden gedaan om het nationale actieplan onder de aandacht van de bevolking te brengen? Het gaat hier immers om iets waar iedereen aandacht moet voor hebben, zowel bij mens, dier als omgeving, namelijk het correct gebruiken van antibiotica.

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer de voorzitter, mevrouw De Block, de kwestie van de antimicrobiële resistentie is inderdaad een erg actueel onderwerp. Het is ook voor mij belangrijk.

Op 10 juli 2021 is inderdaad de openbare raadpleging beëindigd over het Nationaal Actieplan One Health AMR. Er waren vele reacties uit de privésector van verenigingen en beroepsbeoefenaren die zich bezighouden met de menselijke gezondheid maar ook met de gezondheid van dieren en met het leefmilieu. Er zijn opmerkingen ontvangen van artsen en apothekers, van een hoogleraar, van het EBPP Practice Net, van de Belgische Vereniging van Ziekenhuishygiëne, van Natuurpunt, van de West-Vlaamse Milieufederatie, van de Bond Beter Leefmilieu, van beMedTech, van de Global Antibiotic Research and Development Partnership, van de Boerenbond, van de Belgische Farmaceutische Vereniging, van DGZ/ARSIA en van Test Aankoop.

Ik meen te mogen stellen dat het plan positief is ontvangen en dat het ons in staat heeft gesteld om heel relevante adviezen in te winnen. Het plan is aangepast aan de feedback en wordt nu gevalideerd.

Het definitieve plan ondergaat een validatieprocedure op het niveau van de overheidsdiensten en van een IKW AMR of antimicrobiële resistentie. Het zal later deze maand ter goedkeuring worden voorgelegd aan de ministerraad.

Verschillende administraties hebben de voorbije jaren hard aan het plan gewerkt, waarvoor mijn dank. Het resultaat is in mijn ogen een coherent geheel van maatregelen en acties in het werkveld. Het draagt heel duidelijk het principe van "One World, One Health".

Om het plan voldoende te coördineren, opnieuw mensen aan te werven voor onder andere BAPCOC en in voldoende onderzoek te voorzien, om de data en de situatie te monitoren, is het wel nodig extra financiële middelen uit te trekken.

Mevrouw De Block, inhoudelijk is het plan bij mijn federale collega's goed ontvangen. Er is echter nog wel discussie over het budgettaire luik. Mocht u daar dus de komende uren en dagen, waarin wij voor een begrotingsbespreking staan, steun aan kunnen geven, zou dat heel welkom zijn. Dat ligt immers echt wel mee in het vuur.

In afwachting van een officiële goedkeuring zijn reeds verscheidene acties op gang gebracht, zoals de start van de proefprojecten van het HOST of Hospital Outbreak Support Team, die erop gericht zijn het beheer van de infectierisico's in de ziekenhuissector te versterken en de ontwikkeling van een transversale aanpak ter ondersteuning van de eerstelijnszorg mogelijk te maken.

Het Nationale AMR Actieplan heeft betrekking op alle antimicrobiële stoffen, dus antibiotica, antischimmelmiddelen, antivirale en antiprotozoaire middelen, die in de Belgische context worden gebruikt.

Behandelingen die specifiek gericht zijn op bepaalde verwaarloosde tropische ziekten, zijn in het plan

opgenomen. Zij vormen voor alle duidelijkheid echter geen prioriteit.

Ten slotte, er is inderdaad een communicatiecampagne gepland in het kader van de Global Antimicrobial Awareness Week, die van 18 tot 24 november 2021 plaatsvindt. Dit jaar is het de bedoeling het grote publiek, met name via sociale netwerken, bewust te maken van infectiepreventie, het juiste gebruik van antimicrobiële geneesmiddelen en het belang van het inleveren van ongebruikte geneesmiddelen bij de apotheek.

De validering van het Belgisch Nationaal Actieplan One Health AMR ter bestrijding van antimicrobiële resistentie zal ook worden medegedeeld aan de bevolking en aan talrijke belanghebbenden.

10.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw uitvoerige antwoord.

Het is inderdaad een heel belangrijk onderwerp. Wij komen uit een pandemie, maar jaarlijks zijn er ook heel veel slachtoffers van antimicrobiële resistentie. Over hen wordt niet veel gesproken bij de mensen thuis en ook niet wanneer zij vragen antibiotica voor te schrijven.

Het incident is gesloten.

L'incident est clos.

11 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Serologie" (55020126C)

11 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La sérologie" (55020126C)

11.01 Frieda Gijbels (N-VA): *De vaccinatiecampagne loopt naar het einde, elke volwassene heeft de kans gehad om zich te laten vaccineren. Helaas blijkt de vaccinatiegraad niet overal even hoog te zijn. Tegelijk blijkt dat er toch wel wat besmettingen gebeuren bij mensen die gevaccineerd zijn, in de meeste gevallen gelukkig zonder ernstig gevolg. De vaccins werken voorlopig dus nog, in de zin dat ze beschermen tegen hospitalisatie en ernstige ziekte.*

Ondertussen loopt echter ook de natuurlijke immuniteit (of de natuurlijke antistoffen na infectie) op. Ook dat speelt een rol in de risicobepaling.

- *Wat is de stand van zaken met betrekking tot de aanwezigheid van antistoffen in de verschillende provincies van dit land?*
- *Wat is de stand van zaken met betrekking tot de aanwezigheid van antistoffen bij de verschillende leeftijdsgroepen in dit land? Zijn er daar verschillen per provincie?*
- *Er wordt de mogelijkheid geboden aan kinderen/jongeren om zich te laten vaccineren, maar waarom speelt de serologische status daarin geen rol?*
- *Bij ons worden, voor zover ik kan vinden, enkel de antistoffen gerapporteerd bij zorgverstrekkers en bij bloeddonoren. Waarom wordt er hier geen breder onderzoek naar gedaan en over gerapporteerd, zoals in het VK of in Nederland?*
- *Welke rol spelen natuurlijke infecties en natuurlijke immuniteit in het bepalen van een strategie?*
- *Hoe lang beschermen natuurlijke antistoffen? Hoe verhoudt zich dat tot vaccinatie? Is er verschil tussen de verschillende vaccintypes? Wordt dat in dit land onderzocht?*
- *Wordt er onderzoek gedaan naar cellulaire immuniteit? Kan u dat toelichten? Wat zijn daar de resultaten van? Wat is de rol van cellulaire immuniteit in de strategie?*

11.02 Minister Frank Vandenbroucke: Wat uw eerste vraag betreft, gegevens op provincieniveau zijn niet beschikbaar in de seroprevalentiestudies uitgevoerd door Sciensano.

Wat uw tweede vraag betreft, een studie om de aanwezigheid van antistoffen te bepalen in de algemene bevolking via speekseltests loopt nog bij Sciensano. Voorlopige gegevens geven aan dat dit in de weken 26 en 27 – dat zijn de weken van 28 juni tot 11 juli – 77 % van de bevolking die niet in een rusthuis verblijft, antistoffen had ontwikkeld. In de leeftijdsgroepen 18 tot 29 jaar, 30 tot 49 jaar en 50 tot 69 jaar en bij zeventigplussers was dat respectievelijk 63 %, 63 %, 99 % en 94 %. Daarbij moet wel rekening gehouden worden met een zekere foutmarge.

De studie laat niet toe om verschillen in te schatten per provincie, maar wel wordt gepeild naar verschillen per Gewest. In Vlaanderen en Wallonië bedroeg het percentage van personen met antistoffen op dat moment 79 %, in Brussel 65 %.

Wat uw derde vraag betreft, half juni 2021 hadden in België 17,2 % van de jongeren tussen 13 en 14 jaar, representatief voor adolescenten, en 5,4 % van de kinderen tussen 7 en 9 jaar antistoffen tegen sars-CoV-2. De grote meerderheid van de jongeren ouder dan 12 jaar had dus geen antistoffen voordat de vaccinatie in deze leeftijdsgroep van start ging. Daarom was het hier ook niet nuttig om de serologische status in rekening te nemen bij de beslissing om deze groep al dan niet te vaccineren.

Wat uw vierde vraag betreft, bij ons worden naast bij zorgverstrekkers en bloeddonoren ook bij kinderen, de algemene bevolking, bewoners van de woon-zorgcentra, schoolmedewerkers en medewerkers in woon-zorgcentra antistoffen gerapporteerd. Voor gegevens over antistoffen bij zorgverstrekkers kunt u kijken op het dashboard van Sciensano. Een rapport met resultaten over de evolutie van antistoffen in de algemene bevolking tussen eind maart en begin juli 2020 en factoren die daarmee samenhangen, zal tegen eind oktober 2021 beschikbaar zijn.

Wat uw vijfde vraag betreft, immuniteit na een natuurlijke infectie was begin 2021, bij de start van de vaccinatiecampagne, in geen enkele bevolkingsgroep hoog genoeg om deze in rekening te brengen bij het aanpassen en bepalen van de vaccinatiestrategie.

Wat uw zesde vraag betreft, momenteel is nog niet bekend hoelang natuurlijke antistoffen of antistoffen, opgewekt na vaccinatie, beschermen. Een *correlate of protection* werd nog niet gedefinieerd. Daar wordt wereldwijd onderzoek naar gedaan.

Er is duidelijk gebleken dat de hoeveelheid opgewekte antistoffen na vaccinatie samenhangt met het type vaccin, waarbij RNA-vaccins het beter doen. In België wordt onderzoek gedaan naar het SARS-CoV-2-specifieke immuunantwoord. Deze onderzoeksprojecten zijn meestal samenwerkingen tussen Sciensano en onze universiteiten en onderzoeksinstituten.

Er lopen verschillende onderzoeksprojecten waarbij de cellulaire respons na een SARS-CoV-2-infectie of -vaccinatie onderzocht wordt. Technieken om de cellulaire immuniteit in kaart te brengen zijn technisch veeleisend en heel arbeidsintensief. Zowel de T- als de B-celrespons, dus de B-geheugencellen, wordt geanalyseerd. Momenteel zijn er nog geen resultaten en is de rol van de cellulaire immuniteit bij protectie onduidelijk.

11.03 Frieda Gijbels (N-VA): Dat lijkt een heel volledig antwoord te zijn. Ik zal dat nog eens nalezen in het verslag en ik kom er eventueel op terug.

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

12 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Zwangerschap en COVID-19-vaccinatie" (55020150C)

12 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La grossesse et la vaccination contre le Covid-19" (55020150C)

12.01 Frieda Gijbels (N-VA): *Er is enige tijd onduidelijkheid geweest over de wenselijkheid om zwangere vrouwen al dan niet te laten vaccineren. Ondertussen is wel duidelijk geworden dat een vaccin aan te raden is, ook bij vrouwen die zwanger zijn of dat willen worden. Dat is ook de boodschap van de HGR. De vraag is echter of die boodschap op voldoende overtuigende wijze tot bij de doelgroep is geraakt (mensen met een kinderwens en het artsencorps), zeker omdat de aanvankelijke richtlijnen anders waren.*

In Nederland was er onlangs een bijkomende oproep naar zwangere vrouwen toe om zich te laten vaccineren, aangezien er toch wel wat zwangeren in het ziekenhuis belandden met COVID-19. Behandeling van COVID-19 is sowieso moeilijk, maar bij zwangere vrouwen is het al helemaal geen sinecure, zeker als ze beademd moeten worden. Bovendien spelen er bij zwangerschap een aantal factoren, die ervoor kunnen zorgen dat een infectie meer gevolgen heeft (grotere behoefte aan zuurstof tijdens zwangerschap, afgenomen longcapaciteit, afweersysteem reageert anders...).

Er bereiken mij berichten dat ook in België zwangere vrouwen in het ziekenhuis belanden en dat een mogelijke reden is dat ze zich nog niet willen of durven laten vaccineren

Mijnheer de minister, hebben wij cijfers over het aantal zwangere vrouwen dat met COVID-19 in het ziekenhuis belandt? Kan u hierover toelichting geven?

Hebben wij zicht op de vaccinatiestatus en vaccinatiebereidheid van zwangere vrouwen? Kan u dit toelichten?

Wat zijn de laatste richtlijnen met betrekking tot vaccinatie voor mensen met een kinderwens en voor zwangere vrouwen?

Is er naar uw mening een bijkomende informatiecampagne nodig voor vaccinatie bij zwangerschap?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Gijbels, ik kijk even naar mijn voorbereiding want die is uitvoerig, met grafieken en dergelijke. Misschien moet ik u die ook meteen geven, maar ik zal op uw vragen antwoorden.

Wat uw eerste vraag betreft, over zwangere vrouwen met COVID19, voor de derde golf hebben we informatie over 11.259 gehospitaliseerde patiënten die opgenomen werden met een symptomatische COVID-19-infectie. Daarvan vertegenwoordigden zwangere vrouwen 0,84 %, dat waren er 95.

Op uw tweede vraag moet ik zeggen dat we geen zicht hebben op de exacte vaccinatiegraad of de vaccinatiebereidheid specifiek bij zwangere vrouwen. Daarentegen hebben we wel een indicatie op basis van een specifiek uitnodigingssysteem dat werd gebruikt om zwangere vrouwen uit te nodigen als een absolute *medical priority*, door de huisartsen en op vraag van de zwangere vrouwen zelf. Via dit systeem werden er 24.232 mensen uitgenodigd van wie er 21.390, dat wil zeggen 88 %, volledig gevaccineerd werden. We hebben echter geen exacte cijfers van het totale aantal zwangere vrouwen in België op dit moment. Bovendien werden over de tijd heen ook steeds meer zwangere personen uitgenodigd via het gewone uitnodigingssysteem volgens dalende leeftijd, die we niet kunnen onderscheiden van het totale aantal gevaccineerde personen.

Ik kom tot uw derde vraag. De richtlijnen met betrekking tot vaccinatie voor mensen met een kinderwens en voor zwangere vrouwen zijn niet meer gewijzigd sinds het advies van de Hoge Gezondheidsraad (HGR) van 21 mei. Daarin wordt gesteld dat alle zwangere vrouwen idealiter prioritair gevaccineerd zouden worden, in tegenstelling tot niet-zwangere vrouwen en dit omwille van hun verhoogd risico op ernstige COVID-19-infectie voor de moeder en op premature bevalling. Daarnaast heeft de HGR geen bezwaar tegen de systematische vaccinatie van vrouwen op vruchtbare leeftijd die zwanger willen worden, in het bijzonder voor gezondheidswerkers met een hoog blootstellingsrisico en vrouwen met comorbiditeiten, waardoor zij tot een risicogroep voor ernstige COVID-19 behoren.

U vraagt of er een bijkomende informatiecampagne nodig is. Nee, denk ik, niet specifiek voor zwangere vrouwen. Er zijn campagnes voor het grote publiek en steeds meer vrouwen zijn al gevaccineerd voor ze zwanger worden.

Ik kan u eventueel het bijhorende grafiekje bezorgen.

12.03 **Frieda Gijbels** (N-VA): Ik ben daar zeker in geïnteresseerd, mijnheer de minister.

Het stelt mij alleszins gerust dat 88% van de aangeschreven vrouwen ingegaan zijn op de uitnodiging. Ik had namelijk het signaal gekregen dat heel wat zwangere vrouwen twijfelden om zich te vaccineren wegens tegenstrijdige informatie in het begin. Dat was ook logisch, omdat we nog niet goed wisten of vaccinatie hogere risico's voor zwangere vrouwen inhield. Er viel inderdaad wat uit te leggen waarom het zo belangrijk was dat ook zwangere vrouwen zich laten vaccineren. Vergeten we evenmin de boodschap van artsen dat de behandeling van zwangere vrouwen die wegens COVID-19 in het ziekenhuis werden opgenomen, niet eenvoudig was.

Ik ben tevreden dat heel wat zwangere vrouwen intussen gerustgesteld zijn en zich laten vaccineren; wij willen allemaal voorkomen dat zwangere vrouwen zo'n intensieve behandeling moeten ondergaan.

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

13 Samengevoegde vragen van

- **Robby De Caluwé** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De bezetting van de bedden intensieve zorgen in het najaar" (55020152C)
- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De dreiging van een vierde coronagolf" (55020436C)

13 Questions jointes de

- **Robby De Caluwé** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le taux d'occupation des lits de soins intensifs à l'automne" (55020152C)
- **Sophie Rohonyi** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La menace d'une 4ème vague de pandémie de coronavirus" (55020436C)

13.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, deze vraag werd al lang geleden ingediend, maar blijft actueel.

Ik krijg graag een stand van zaken over de actuele situatie in de ziekenhuizen. Wat zijn de meest recente prognoses met betrekking tot de ziekenhuisbezettingen? Wordt er nog voldoende personeel gevonden om de diensten intensieve zorg te bemannen? In welke ziekenhuizen worden de diensten intensieve zorg opmerkelijk meer belast met de zorg voor besmette personen?

13.02 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous avais adressé cette question au cours de l'été, alors qu'une menace de quatrième vague se profilait. Certes, les chiffres sont en train de baisser tout doucement, mais ils restent inquiétants, en particulier lorsqu'on les place en parallèle avec la situation du personnel soignant. Celui-ci est en effet littéralement épuisé parce qu'il continue de traiter des malades en soins intensifs.

Mes questions rejoignent en définitive celles de mon collègue, mais je tiens à les expliciter. Monsieur le ministre, quid de la situation dans nos hôpitaux? Sur la base de quels critères estimeriez-vous que la situation deviendrait inquiétante chez nous? Un plan d'urgence est-il prêt? L'engorgement des soins intensifs resterait-il le critère le plus déterminant?

Nous constatons aussi un regain des contaminations parmi les plus jeunes, principalement à l'école.

Quels principaux enseignements tirez-vous des trois premières vagues, en vue de la gestion d'une éventuelle quatrième vague?

Enfin, sommes-nous désormais en mesure d'éviter la fermeture de secteurs entiers, et si oui comment (hormis, bien évidemment, le Covid Safe Ticket dont nous venons d'adopter l'extension)?

13.03 Minister Frank Vandenbroucke: Collega's, op datum van 28 september hadden we binnen de Belgische ziekenhuizen 702 covidpatiënten, 207 covid-ICU-patiënten en 13 HFNO-patiënten. Mathematisch lag de bezettingsgraad op de intensieve zorgen van 10 ziekenhuizen boven 25 %.

Epidemiologisch is de situatie sinds een week vrij stabiel. De voorspellingen voor de komende periode zijn heel divergerend. Het kortetermijnmodel geeft op datum van 7 oktober een aantal mensen op ICU tussen 139 en 282. Dat is een heel brede voorik.

Wat betreft de vragen over het personeel, kan ik u echt niet zonder meer geruststellen. Na bijna twee jaar van bijna bovenmenselijke prestaties is het personeel moe, de interimmarkt is zo goed als leeg en het zorgpersoneel werd al actief buiten de zorg gemobiliseerd en ingezet binnen de zorg. Tot op vandaag zijn we wel in staat om kwaliteitsvolle covid- en niet-covidzorg te bieden en om uitgestelde zorg uit de vorige golven in te halen, maar dat is toch een sterke prestatie tegen die achtergrond.

Bij een nieuwe of zelfs beperkte golf of bij andere druk op het systeem door bijvoorbeeld een influenzagolf zal er opnieuw beroep moeten worden gedaan op de fasering en op het stappenplan afbouw en heropbouw reguliere activiteiten binnen het *search capacity plan*. Zelfs met een pragmatische benadering met niet te grote sprongen, maar met tijdige en graduele opbouw is uitstel van zorg misschien niet te vermijden.

Mme Rohonyi, en cas de nouveau *surge*, il n'y a pas de solution magique. Le rôle régulateur du Hospital & Transport Surge Capacity Committee a fonctionné et doit être poursuivi. Le plan de distribution devra être utilisé plus largement, de manière proactive, peut-être en ne se limitant pas aux patients covid-19.

Le marché du travail intérimaire est presque vide, et la situation reste donc difficile. Afin d'éviter la fermeture de secteurs entiers en cas de flambée des contaminations, il n'y a qu'une seule arme, à savoir la vaccination, accompagnée de mesures générales de précaution et bien évidemment, là où il apparaît opportun, l'usage du Covid Safe Ticket.

Mijnheer de voorzitter, ik wil wel aankondigen dat de laatste vraag die van mevrouw Gijbels zal zijn. Ik zal mijn antwoord samenvatten en haar de talloze tabellen geven.

13.04 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, dank u wel. Ik meen dat het goed is dat u verwijst naar de mensen van de gezondheidssector, die ondertussen bijna twee jaar het beste van zichzelf geven.

Zij leveren bovennatuurlijke prestaties. Dat mogen wij zeker en vast niet vergeten. Iedereen die opnieuw geactiveerd kan worden, is ondertussen opnieuw geactiveerd.

De nodige mensen zijn er gewoon niet. Als wij dan discussies voeren over maatregelen die genomen moeten worden om ervoor te zorgen dat onze gezondheidszorg niet in elkaar klappt, is dat een van de redenen waarom wij dat moeten doen.

Ik hoop dat iedereen daar op de juiste momenten voldoende bij stilstaat. Wij kunnen het ons niet veroorloven dat de mensen van die sector opnieuw op hun tandvlees zitten.

13.05 Sophie Rohonyi (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. Il est vrai qu'il est difficile d'anticiper une potentielle quatrième vague. Pour cela, les projections mathématiques existent et vous nous avez fait part de chiffres potentiels d'ici le 7 octobre. Je serais intéressée de savoir comment sont réalisées ces projections mathématiques puisque d'autres ont été présentées par la presse qui font état de chiffres encore plus alarmants nourrissant les craintes d'un assouplissement trop rapide des mesures (du moins si l'on suit le calendrier des confinements qui est le nôtre aujourd'hui, ce serait la quatrième vague assurée).

Je pense que nous devons modérer ce type de projections en expliquant comment vous réalisez vos propres projections et en expliquant les plans de phasage et de dispatching des patients qui existent dans nos hôpitaux et qui feront en sorte que l'on pourra prendre en charge nos patients tout en sachant que, pour cela, le personnel soignant doit être à même de le faire alors qu'à l'heure actuelle il est épuisé.

Pour éviter une telle situation de saturation et d'épuisement de notre personnel, et comme vous l'avez dit, la meilleure arme est la vaccination. Pour la faciliter, un gros travail de transparence à l'égard de la population est nécessaire, notamment en clarifiant les chiffres qui circulent aujourd'hui sur les réseaux sociaux et dans la presse pour ce qui concerne les personnes se trouvant en soins intensifs et en expliquant que ces personnes sont essentiellement des personnes qui ne sont pas vaccinées et quelles en sont les proportions. Cette information doit être communiquée à la population et en particulier aux personnes qui doutent de l'efficacité du vaccin et qui, par conséquent, pourraient compromettre les efforts prodigués par une grande partie de la population jusqu'ici.

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

14 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugkeerders uit het buitenland en COVID-19" (55020190C)

14 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les personnes qui rentrent de l'étranger et la Covid-19" (55020190C)

14.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik verwijs naar de ingediende vraag.

Volgens de cijfers van Sciensano (weekrapport 20 augustus 2021) is een groot aandeel (bijna 12%) van de teruggekeerde reizigers uit Marokko (en in mindere mate ook uit Turkije) positief voor het Sars-CoV-2 virus.

Het lijkt van groot belang dat dergelijke signalen ook terdege worden gecapteerd en dat er naar wordt gehandeld.

- heeft u de situatie besproken met uw collega van buitenlandse zaken? Welke acties zijn voorzien of zullen worden voorzien?*
- is er zicht op de vaccinatiestatus van de mensen die vertrekken en terugkeren, uiteraard geanonimiseerd? Worden de data van de PLF en de vaccinatiestatus op enige wijze gelinkt en leidt dit tot gerichte acties?*
- in hoeverre kan men garanderen dat de terugkeerders hun PLF correct indienen? Is het ingediende aantal PLF conform het aantal reizen? Heeft men zicht op het aantal terugkeerders per auto en hoe controleert men dat zij een PLF indienen?*
- in hoeveel procent van de gevallen wordt een test gedaan na terugkeer uit een rode zone? Kan dit per land worden gespecificeerd?*

14.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik kan mij indenken dat de vraag ondertussen een beetje gedateerd is, maar dat wil niet zeggen dat het probleem niet belangrijk is. U verwijst naar gegevens uit de zomerperiode, waar we in een aantal landen van herkomst zeer hoge positiviteitscijfers zagen bij de teruggekeerde reizigers. Dat was ook zo. In de periode waarnaar u verwijst, was dat in Noord-Macedonië 12,4 %, in Marokko 10,1 %, in Pakistan 8,8 %. Daarna werd dat minder, maar dat zijn zeer hoge cijfers.

U weet ook dat er over de controle van het PLF heel veel discussie is geweest. Ik heb er bij mijn collega's ook op aangedrongen om dat zo grondig mogelijk te doen. De administraties van Volksgezondheid, Binnenlandse Zaken en Buitenlandse Zaken werken samen om zo goed mogelijk af te stemmen over hoe de controle van het PLF en de reizigers kan gebeuren. Dat vraagt ook samenwerking op het terrein.

U vroeg ook of er een zicht is op de vaccinatiestatus van de mensen die terugkeren. In augustus gaf 72,8 % van de terugkerende reizigers aan dat ze een vaccinatiecertificaat hadden. Dat cijfer is vergelijkbaar met de vaccinatiegraad van de algemene Belgische bevolking, met name 71 %. Ik weet niet goed wat wij daaruit moeten afleiden. Dat betekent dat deze groep die op het vlak van het kunnen voorleggen van een vaccinatiecertificaat niet zo sterk afwijkt van onze inwoners.

Worden de data van het PLF en de vaccinatiestatus gelinkt? Leidt dat tot acties?

Tijdens controles wordt door de vervoerder of de grenspolitie gecontroleerd op identiteit, PLF en vaccinatiecertificaat of een bewijs van een negatieve PCR-test. Aan een directe link tussen de PLF-data en de vaccinatiegegevens wordt gewerkt, maar dat is wel een benadering waarvoor men nog een aparte juridische basis nodig heeft. Dat zorgt natuurlijk opnieuw voor problemen met betrekking tot privacy. Zo ver zijn we nog niet, maar daar wordt wel naar gekeken.

U vroeg ook of we kunnen garanderen dat de terugkeerders het PLF correct invullen?

U weet dat reizigers die reizen met een vervoerder – boot, bus of trein – verplicht zijn om het PLF in te vullen. Er zijn ook controles. Natuurlijk is het PLF een verklaring op eer waarbij men wel aangewezen is op wat de mensen noteren. Het is wel zo dat foutief invullen strafbaar is maar men moet het kunnen vaststellen.

Er zijn wel voorbeelden van fraudepraktijken van zowel reizigers als vervoerders die strafrechtelijk worden vervolgd.

Controles door reizigers met de auto gebeuren door de politie en worden opgevolgd door Binnenlandse Zaken. Het aantal autoreizigers dat het PLF moet invullen, is minder goed in cijfers te vatten omdat reizigers die minder dan 48 uur in het buitenland waren of reizigers die minder dan 48 uur in België zijn geen PLF moeten invullen.

In augustus hebben wij in totaal 1.700.649 elektronische PLF's ontvangen. Van die 1,7 miljoen waren er 694.770 reizigers per auto.

In hoeveel gevallen wordt een test gedaan bij terugkeer uit een rode zone? Reizigers uit een rode zone die behoren tot de EU en de Schengenzone dienen enkel een test te ondergaan als ze niet beschikken over een vaccinatie- of herstelcertificaat – dat geldt ook voor landen op de witte lijst – noch over een PCR-test. 88 % van die groep die aangekomen is tussen 1 augustus en 1 september heeft in België een PCR-test

ondergaan op dag 1 of 2.

Voor de informatie per land zal ik u een tabel geven, mevrouw Gijbels. Van de 10 landen met de meeste reizigers, staat Spanje bovenaan de lijst met 66.089 aankomsten en het testpercentage is 87 procent. Voor Frankrijk zijn de aantallen 30.639 aankomsten en 88 procent. Er zijn ook landen waar het wat lager ligt. Ik zal het u geven zodat u het kunt bekijken.

Dan heeft men een rode zone in derde landen – niet-EU, niet-Schengen en niet op de witte lijst. Alle reizigers uit de rode zone van die landen dienen een PCR-test te ondergaan en als zij geen vaccinatiecertificaat kunnen voorleggen dienen zij ook in quarantaine te gaan.

Hier stellen we vast dat 81% van deze reizigers die tussen 1 augustus en 1 september aangekomen zijn in België een PCR-test ondergingen. 53.691 aankomsten kwamen uit Marokko, waarbij 89% met test. Voor Turkije waren er 47.972 aankomsten, met 86% met test. Uit het Verenigd Koninkrijk kwamen 19.057 passagiers, waarbij 72% een test had. Op dit moment hebben we geen identificatie van heelhoogrisicolanden. Ik kan die daar zo niet uithalen. Ik kan u in bijlage de lijst geven van alle landen, dan kan u die bekijken.

14.03 Frieda Gijbels (N-VA): Het was inderdaad een ietwat gedateerde vraag. Toch is het interessant om dit allemaal te horen. U gaf aan dat Binnenlandse Zaken, Buitenlandse Zaken en Volksgezondheid samenwerken. Er komen natuurlijk nog vakantieperiodes aan. Heel waarschijnlijk komen er ooit nog wel pandemieën. Wordt er dan ook gedebriefd over zo'n thema? Wordt er samengezeten na zo'n vakantieperiode om te overleggen hoe het is verlopen, of er dingen anders kunnen worden aangepakt in de toekomst? Of wordt dat niet standaard voorzien? Veel terugkeerders van vakantie vormt een risicosituatie. Is dat nu allemaal goed gelopen? Zijn daar verbeterpunten? Dit is het moment in de crisis om lessen te trekken? Wordt dat ook standaard en automatisch gedaan, bijvoorbeeld na een vakantieperiode als er toch een aantal risicosituaties ontstaan, of wordt dat niet direct georganiseerd?

14.04 Minister Frank Vandenbroucke: Wat u voorstelt, is heel logisch. We moeten dat inderdaad doen. Op dit moment heb ik geen weet van een zeer recent overzicht. We hebben het voorbije jaar voortdurend overzichten gekregen van mevrouw Moykens in de IMC met al deze gegevens. Dat is nu toch wel even geleden, omdat de aandacht in de voorbije IMC-vergaderingen vooral naar andere dingen is gegaan. We hebben de gegevens, dus we kunnen daar misschien afsluitend op terugkomen.

14.05 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, als er nog gegevens beschikbaar zijn, dan zou ik die graag ontvangen.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.34 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 34.*