

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

du

VENDREDI 22 OCTOBRE 2021

Après-midi

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

van

VRIJDAG 22 OKTOBER 2021

Namiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 14 h 09 et présidée par Mme Laurence Hennuy.
De openbare commissievergadering wordt geopend om 14.09 uur en voorgezeten door mevrouw Laurence Hennuy.

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 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les médicaments contre la migraine qui font l'objet d'un contrat secret" (55020415C)

01 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De migrainegeneesmiddelen onder geheim contract" (55020415C)

01.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, sinds kort betaalt de ziekteverzekering op basis van een geheim contract drie nieuwe geneesmiddelen terug die migraineaanvallen kunnen voorkomen, namelijk erenumab, galcanezumab en fremanezumab.

De publieksprijs op de website van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie, BCFI, bedraagt 491 euro. Oudere medicatie tegen migraine is zowat 25 keer goedkoper. Het BCFI maakte in augustus 2021 een kritische analyse van de drie nieuwe geneesmiddelen en stelde dat bij slechts 40 tot 60 % van de patiënten het aantal migrainedagen per maand minstens wordt gehalveerd. De conclusie luidde als volgt: "Men kan zich afvragen of de winst in verhouding staat tot de hoge kostprijs. Die ligt vele malen hoger dan de kostprijs van andere geneesmiddelen geïndiceerd voor migraineprofylaxe en moet afgewogen worden tegen de maatschappelijke kost van ernstige migraine".

Thierry Christiaens, professor farmacologie aan de UGent en verbonden aan het BCFI, stelde op 6 september in *De Standaard* dat veel monoklonale antilichamen behoren tot de top 25 van geneesmiddelen die vandaag zwaar wegen op de ziekteverzekering en de overheid veel geld kosten. Het zijn nicheproducten, dus slechts een beperkte groep van patiënten zal in aanmerking komen voor terugbetaling.

Het KCE stelde zich in een studie van juni 2021 bijzonder kritisch op ten opzichte van de geheime contracten, waarbij farmabedrijven, eens ze een geheim contract in de wacht hebben gesleept, geen extra studies uitvoeren naar de werkzaamheid van geneesmiddelen. Ik citeer KCE-onderzoeker Mattias Neyt: "Wanneer geneesmiddelen terugbetaald worden onder zo'n geheim contract, belanden nieuwe vergelijkbare geneesmiddelen meestal ook in zo'n contract. Daardoor gaat momenteel al een kwart van het geneesmiddelenbudget naar geheime medicijnen".

Hoe verliepen de onderhandelingen over de nieuwe migrainegeneesmiddelen? Hebben de farmabedrijven de reële productiekosten van de drie geneesmiddelen tijdens de procedure bekendgemaakt? Kent u dus de reële productiekosten? Acht u die in verhouding tot de kostprijs van ongeveer 500 euro per maand per medicijn? Welke voorwaarden inzake studies naar werkzaamheid en efficiëntie, betaalbaarheid en toegankelijkheid hebt u gesteld tijdens de onderhandelingsprocedure?

U stelt in uw beleidsnota dat u de contracten op grond van artikel 81 grondig wil hervormen. Wat betekent dat concreet? Hoe en wanneer bent u van plan dat te doen? Hoeveel contracten hebt u sinds uw aantreden gesloten? Welke maatregelen zult u nemen om de prijzen van innovatieve medicijnen te drukken?

01.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Merckx, u vraagt naar de reële productiekosten van de aangehaalde geneesmiddelen. Wij hebben enkel kennis van wat zich betreffende de productiekosten in het publieke domein bevindt. Ik kan u dus niet meer informatie geven.

Wat de voorwaarden betreft op het vlak van studies naar werkzaamheid en efficiëntie, betaalbaarheid en toegankelijkheid, die ik heb gesteld tijdens de onderhandelingen, kan ik het volgende zeggen. Bij het sluiten van de overeenkomst werden verschillende onzekerheden geformuleerd, onder meer over de werkzaamheid en de efficiëntie. Zes maanden voordat de overeenkomsten aflopen, moeten de farmaceutische bedrijven daarop een antwoord bieden, voor hun geneesmiddel. Het bedrijf in kwestie dient daarover een rapport in te dienen. Het is aan de individuele bedrijven om te bepalen welke studies en welke registers zij daarvoor wensen op te zetten of te gebruiken.

De vragen die moeten worden beantwoord voor de drie betrokken geneesmiddelen zijn de volgende. Hoeveel patiënten worden er per jaar met het geneesmiddel behandeld? Wat is het gemiddelde aantal injecties met het geneesmiddel per patiënt, zowel tijdens het eerste als het tweede behandelingsjaar? Wat is het percentage patiënten met minder dan vier injecties in het eerste behandelingsjaar? Wat is de positionering van de behandeling met het betrokken geneesmiddel? Hoeveel profylactische antimigrainebehandelingen worden door de patiënt gebruikt voor de start van de behandeling met het betrokken geneesmiddel? Maakt een behandeling met het betrokken geneesmiddel het mogelijk om het gebruik van de terugbetaalde geneesmiddelen voor de behandeling van migraineaanvallen te verminderen?

De hervorming van artikel 111-overeenkomsten kadert in een breder geheel van vraagstukken naar hervorming van de procedures in het domein van de geneesmiddelen.

Ons plan van aanpak wordt nu uitgeschreven. We zullen dat bespreken met de verschillende stakeholders. Daarbij zal ook in belangrijke mate aandacht besteed worden aan de rol en de mogelijkheden van de CTG en de werkgroep Artikel 81/111, alsook aan het originele doel van de overeenkomsten, die men in het Engels *managed anti-agreements* noemt. Dat is een interessante term, want het gaat inderdaad om de gecontroleerde introductie in het terugbetalingssysteem van nieuwe geneesmiddelen of technologieën waarover belangrijke onzekerheden bestaan.

U vroeg hoeveel overeenkomsten er zijn. Sinds mijn aantreden begin oktober 2020 tot eind augustus 2021 waren er 88 aanvragen voor overeenkomsten. Aanvragen tot overeenkomsten kunnen zowel tot een nieuwe overeenkomst leiden als tot een wijzigingsbepaling bij een bestaande overeenkomst, bijvoorbeeld voor de vergoeding van de nieuwe indicatie, een nieuwe verpakkingsgrootte of een nieuwe dosering.

Daarnaast werden 41 evaluatierapporten ingediend om te onderzoeken of de beschikbare gegevens bij overeenkomsten die het komende jaar zullen aflopen een nieuwe evaluatie door de CTG toelaten, dan wel of een hernieuwing van de overeenkomst aangewezen is.

Daarbij hebben wij ook een aantal lopende onderhandelingen afgewerkt. De kalender van de CTG stopt immers niet bij de regeringsvorming.

Wat is het resultaat? Sinds mijn aantreden werden er 30 overeenkomsten gesloten en 62 wijzigingsbepalingen overeengekomen. Het gaat daarbij zowel om verlengingen of vernieuwingen van overeenkomsten als om inschrijvingen van nieuwe moleculen – dat waren er 16 – of nieuwe indicaties van reeds vergoede geneesmiddelen. Bij de wijzigingsbepalingen zijn er ook 11 korte voortzettingen, omdat de CTG-procedure nog niet afgerond was en de toegankelijkheid voor de patiënten in het gedrang kwam als die korte periode niet werd overbrugd.

Geneesmiddelenprijzen worden nog altijd op een unilaterale manier door de industrie vastgelegd. Door het uitvoeren van gezondheidstechnologische analyses wordt de therapeutische waarde van nieuwe veelbelovende therapieën geëvalueerd. Het gevolg daarvan is vaak dat een kostendaling ten opzichte van de gevraagde prijs door de industrie is vereist. Als koper van een geneesmiddel zitten wij op die manier natuurlijk niet bepaald in de *driver's seat*.

In onze samenwerking BeNeLuxA werken wij eraan, om vóór de eerste prijszetting door een bedrijf de *willingness to pay* door de verschillende betrokken overheden te bepalen. Daardoor is het niet meer de verkoper, in dit geval dus de industrie, die de eerste stap zet in de prijszetting, maar geeft de koper, dus de

overheid, aan wat hij bereid is voor een geneesmiddel te betalen.

De druk vanuit de industrie blijft hoog. Wij zijn bereid waardevolle innovatie te valoriseren. Het doel van de strategie is echter om bedrijven en het grote publiek bewust te maken van wat een realistische prijs zou zijn om te betalen voor een veelbelovende therapie.

Indien verwachtingen en bereidheid proactief duidelijker worden gecommuniceerd, zal dat leiden tot constructievere debatten en onderhandelingen. Wij hopen ter zake bij de firma's ook een uiting daarvan te mogen zien in een tendens tot maatschappelijk verantwoord ondernemen.

Het is immers van belang te vermelden dat verantwoordelijkheid voor de beheersbaarheid van het geneesmiddelenbudget voor potentieel innovatieve therapieën een gedeelde verantwoordelijkheid is. Ikzelf, andere ministers, de CTG en de werkgroep Contracten, maar zeker ook de industrie, de artsen, de patiënten, de burgers en de publieke opinie, spelen daarin een belangrijke rol.

Redelijke vraagprijzen zijn een belangrijke factor voor de toegankelijkheid van geneesmiddelen. Om het geneesmiddelenbudget beheersbaar te maken, moet iedereen aanvaarden dat beslissingen ook consequenties inhouden. Zijn er belangrijke onzekerheden wanneer een product een vergoedingsaanvraag indient, of ontbreken er nog bepaalde evidenties, dan kan een artikel 111-overeenkomst een tijdelijke uitweg bieden.

Wanneer er geen onzekerheden meer verbonden zijn aan het geneesmiddel, kan de gecontroleerde introductie naar een definitieve vergoeding leiden. Zonder bijkomende evidentie echter moeten we wel kunnen aanvaarden dat een geneesmiddel niet langer vergoed zal kunnen worden of dat het vergoed zal worden aan een publiek bekende prijs die de waarde van het geneesmiddel reflecteert.

Als het om louter budgettaire problemen gaat, moet de CGT, wat mij betreft, andere opties kunnen krijgen om zelf een systeem van budgetbeheersing te installeren. Ik wil dat graag laten onderzoeken.

Het is belangrijk om een prijs te vinden die maatschappelijk aanvaardbaar is en in verhouding staat tot de therapeutische waarde van het geneesmiddel. Het zo efficiënt mogelijk inzetten van geneesmiddelen is een van mijn prioriteiten voor deze legislatuur.

01.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, een van mijn vragen hebt u niet beantwoord. U zegt dat de firma, als het enkel gaat over het migrainegeneesmiddel, zes maanden voor afloop een rapport moet indienen. Hoe lang loopt dat contract dan? Hoe zit het met de timing?

Het is een geheim contract, dus ik begrijp dat u mij geen informatie kunt geven over de productiekosten, maar ik vind dat toch eigenaardig. Tijdens de geheime onderhandelingen moet de firma normaal gezien aan onze onderhandelaars zeggen wat de productiekosten of de onderzoekskosten waren. U gaat toch niet terugbetalen op basis van een wit blad? Dat blijft een vraag.

Het grote probleem met de artikel 81-contracten is dat het normaal gezien moet gaan om een gecontroleerde introductie, zoals u zei, maar dat het eigenlijk een totaal ongecontroleerde situatie is geworden, met enorm veel contracten. Uit de informatie van vandaag versta ik dat u er ook reeds een dertigtal hebt ondertekend, waaronder zestien contracten voor nieuwe medicatie. De andere contracten slaan op voortzettingen van oude contracten of op andere indicaties die worden opgenomen. Dat gaat toch in tegen de gecontroleerde introductie.

Ik had dus toch iets meer daadkracht verwacht, mijnheer de minister. U geeft een zeer omfloerst antwoord. Van heel wat zaken zegt u dat u ze wel een beetje zou willen veranderen, maar waar is de minister van Vooruit die het Pillenplan had en die hier een einde aan zou stellen? Dat mis ik in dezen. Vorige week kondigde u bijvoorbeeld aan dat u zeer streng zult optreden en sancties zult opleggen aan langdurig zieke mensen, maar hier staat u eerder op de rem. Het zal allemaal nog lang duren en er worden geen deadlines gesteld. Ik had toch van u verwacht – ik zal er u nog op aanspreken – dat u het probleem echt in handen zou nemen, want het budget van de sociale zekerheid is in de eerste plaats in gevaar door de hoge prijzen van de medicijnen en niet door mensen die echt ziek zijn en ook geld kosten aan de sociale zekerheid.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Questions jointes de

- Nabil Boukili à Mathieu Michel (Digitalisation, Simplification administrative, Protection de la vie privée et Régie des Bâtiments) sur "La délibération du CSI du 26 août dernier" (55020457C)

- Nabil Boukili à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La délibération du CSI du 26 août dernier" (55020558C)

02 Samengevoegde vragen van

- Nabil Boukili aan Mathieu Michel (Digitalisering, Administratieve Vereenvoudiging, Privacy en Regie der Gebouwen) over "De beraadslaging van 26 augustus 2021 van het informatieveiligheidscomité" (55020457C)

- Nabil Boukili aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beraadslaging van 26 augustus 2021 van het informatieveiligheidscomité" (55020558C)

02.01 Nabil Boukili (PVDA-PTB): Madame la présidente, monsieur le ministre, le 26 août dernier, le Comité de sécurité de l'information (CSI) a rendu une délibération autorisant la communication de données personnelles par l'ONSS et Vaccinnet+ à la plate-forme eHealth en vue de la détermination du taux de vaccination contre la covid-19 des travailleurs des établissements de soins.

Le CSI considère que cette transmission de données trouve sa base légale dans l'article 4, § 2, 6° de l'accord de coopération du 12 mars 2021, qui indique que "le traitement des données à caractère personnel visées à l'article 3, § 2 poursuit les finalités de traitement suivantes: (...) 6° La détermination du taux de vaccination anonyme contre la covid-19 de la population".

Cette délibération contient plusieurs éléments interpellants. Elle indique que la publication du taux de vaccination promeut la transparence: "Les organisations seront encouragées à publier leurs informations sur leur propre site web et dans leur communication." La délibération ne mentionne nullement de quelles "organisations" il pourrait s'agir.

On lit entre les lignes – et vous avez fait des déclarations en ce sens – qu'il pourrait s'agir des employeurs. De plus, la publication n'est pas visée par l'accord de coopération. Les données croisées ne sont pas claires, et certaines, comme les données DmfA, ne sont pas visées par l'accord de coopération cité par le CSI. La délibération fait une interprétation assez large de l'accord de coopération, qui ne prévoit que "le taux de vaccination anonyme de la population" (dans son ensemble) et non la possibilité de tri par profession ou groupe d'âge. On sait que la présence de Frank Robben au CSI est prépondérante. Il est également directeur de la plate-forme eHealth qui est partie à ce transfert de données.

Monsieur le ministre, considérez-vous que cette délibération respecte le principe de légalité? L'accord de coopération, selon vous, autorise-t-il ces différents traitements? Trouvez-vous normal que cette décision soit prise par le CSI, dont le manque d'indépendance est bien connu et qui est dirigé par une personne plus que contestée, plutôt que par le législateur, afin que nous puissions tenir un vrai débat démocratique à ce sujet? Enfin, que pensez-vous de la publication de ces taux de vaccination des travailleurs sur les sites de leurs employeurs?

02.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame la présidente, monsieur Boukili, la décision de publier la couverture vaccinale des prestataires de soins par établissement de santé est une décision politique prise par le Comité de concertation le 20 août dernier.

L'article 4, § 2, 6° de l'accord de coopération du 12 mars 2021 que vous citez permet d'utiliser les données de Vaccinnet+ pour déterminer la couverture vaccinale anonyme contre la covid-19 de la population. Les commentaires de cet article indiquent clairement que cela doit être fait de manière anonyme, mais aussi de manière fine. L'utilisation des données de la déclaration DmfFA sous forme anonyme pour la recherche scientifique ou la compilation de statistiques est une utilisation compatible et autorisée en vertu de l'article 5, § 1^{er}, b) du règlement général sur la protection des données.

La plate-forme eHealth a pour mission légale (cf. article 5, 8° de sa loi organique) de "collecter, fusionner, encoder ou anonymiser les données personnelles en tant qu'organisme intermédiaire et de les mettre à disposition en tant que données utiles à la connaissance, la conception, la gestion et la prestation de soins de santé. La plate-forme eHealth elle-même ne pourra conserver les données personnelles traitées dans le cadre de cette mission que le temps nécessaire pour les crypter ou les anonymiser".

La plate-forme eHealth ne peut remplir cette mission qu'à la demande d'un nombre limité d'organismes, comme le Centre fédéral de Connaissances pour la santé, un ministre fédéral, un Service public fédéral ou un établissement public doté de la personnalité juridique relevant du gouvernement fédéral.

Le Comité de sécurité de l'information a constaté que ces bases juridiques sont disponibles et, dans ses délibérations, a décidé que l'échange de données nécessaires pouvait avoir lieu dans la légalité. Je suis donc bien d'avis que le traitement des données personnelles effectué est licite. Par souci de clarté, une fois la couverture vaccinale calculée, toutes les données personnelles nécessaires au calcul seront détruites comme le prévoit la loi, pour qu'on puisse parler de couverture vaccinale anonyme. De cette façon, il est également mis en oeuvre par la plate-forme eHealth.

Comme je l'ai déjà indiqué, la décision de calculer et de publier la couverture vaccinale des prestataires de soins par établissement de santé est une décision du Comité de concertation. Il ne s'agit donc pas d'une décision du CSI, ni d'une décision de la plate-forme eHealth, et encore moins d'une décision de l'administrateur général de la plate-forme eHealth. Le calcul de cette couverture vaccinale est expressément prévu dans l'accord de coopération du 12 mars 2021, qui a été ratifié par le Parlement.

Le rôle du Comité de sécurité de l'information est uniquement de vérifier préventivement si l'échange de données personnelles est licite et de rendre des délibérations précisant quelles données personnelles sont pertinentes pour atteindre les finalités licites du traitement et comment l'échange et le traitement peuvent être effectués de manière sécurisée. Ces délibérations sont opposables aux parties participant au traitement des données et aux tiers.

Le Comité de la sécurité de l'information est un organe indépendant, expressément réglementé par la loi et nommé par le Parlement. Il n'est pas présidé, comme vous le suggérez, par l'administrateur général de la plateforme eHealth, mais par un membre de la Commission de sécurité de l'information, nommé par le Parlement. Le Comité de sécurité de l'information prépare également un rapport annuel.

Avec le taux de vaccination anonyme par employeur, le médecin du travail et les services de prévention et de protection au travail peuvent prendre des mesures spécifiques à la situation de l'employeur, comme par exemple la sensibilisation à la vaccination.

Publier le taux de vaccination peut être motivant pour les salariés ou on peut sensibiliser les employés si l'on peut se comparer à d'autres entreprises du même secteur. Tout ceci me semble positif.

02.03 Nabil Boukili (PVDA-PTB): Monsieur le ministre, votre réponse suscite pas mal de réflexions. Vous dites que la publication a été décidée par le Codeco mais, sauf erreur de ma part, elle ne figure nulle part dans la loi. C'est une décision politique de l'exécutif mais où est l'autorisation légale? Sur quelle base légale a-t-on autorisé cette publication? Dans la loi, sauf si vous m'apprenez le contraire, cela n'existe pas.

Vous dites que le CSI n'a pas pris de décision mais que c'était le Codeco. Si les bases juridiques sont disponibles, comme l'affirme le CSI, à quoi sert-il si c'est pour dire la même chose que ce dit la loi? Quel rôle le CSI joue-t-il dès lors là-dedans? Pourquoi a-t-on besoin de ce Comité?

Enfin, l'élément le plus important est qu'on ne prend pas en considération le conflit d'intérêts qui est assez clair dans cette situation: celui qui rend la délibération pour le transfert de données est celui qui reçoit ces données. Il y a là une violation de la loi, monsieur le ministre. Ce n'est pas légal selon le RGPD! Cela a été condamné par l'Europe, cela a été relevé à plusieurs reprises. Ceci viole le RGPD.

Je ne comprends pas qu'on puisse justifier ce genre d'élément avec de tels conflits d'intérêts.

Monsieur le ministre, vos réponses restent insuffisantes car je ne sais toujours pas sur quelle base légale cette décision a été prise.

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

03 Question de Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La surveillance de la séroprévalence de SARS-CoV-2" (55020480C)

03 Vraag van Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid)

over "De SARS-CoV-2-seroprevalentiebewaking" (55020480C)

03.01 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): *Monsieur le Ministre,*

La surveillance de la séroprévalence en SARS-COV-2 au sein de la population belge continue-t-elle ?

D'après le site de Sciensano, les derniers échantillons examinés datent du 25 mai 2021, est-ce que les tests ne sont plus faits ou bien ne sont-ils plus encodés ?

Sciensano a publié une étude sur la présence d'anticorps au sein des résidents des maisons de repos début septembre, qu'en est-il des résultats (l'étude n'était pas disponible à la lecture sur le site) ?

Je vous remercie pour vos réponses

03.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Hennuy, premier élément de réponse: une étude de sérosurveillance est en cours auprès de la population belge, dans différents groupes de la population.

Après concertation entre les différentes parties (Sciensano, Rode Kruis Vlaanderen et le Service du Sang), il a été décidé de prolonger l'étude jusqu'en janvier 2022. Il a également été décidé de limiter l'échantillonnage à une fois par mois au lieu d'une fois toutes les deux semaines. Cela nous permettra d'analyser davantage d'échantillons, passant de 900 à 1 200, afin d'obtenir des estimations plus précises.

Deuxième réponse: les derniers résultats disponibles datent de fin mai. Avant de pouvoir présenter les estimations, il y a quelques étapes importantes à franchir. Tout d'abord, les échantillons doivent être envoyés à Sciensano. Sciensano doit ensuite recevoir les données démographiques de tous les participants sous une forme cryptée.

Tous les échantillons sont étiquetés et stockés dans la Biobanque et une sélection de 1 200 échantillons est effectuée parmi les 3 000 envoyés, en essayant de représenter au mieux la population belge. Après la sélection, des tests d'anticorps sont effectués sur tous les échantillons, et les résultats sont envoyés pour l'analyse des données.

Nous attendons prochainement les résultats de laboratoire des prélèvements effectués en juin, juillet et août 2021. Ils seront publiés dès qu'ils seront disponibles.

Troisième réponse: le bilan sur les anticorps dans les maisons de repos a été publié par un communiqué de presse le 1^{er} septembre 2021 et est disponible sur le site web de Sciensano. Plus d'informations, y compris les résultats des deux premiers points de test de cette étude se trouvent sur le tableau de bord de Sciensano. Dans cette série de graphiques, il s'agit du sixième et du septième graphique, ainsi que des liens sous ce dernier.

03.03 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, c'est effectivement en consultant les tableaux de bord de Sciensano que je me suis aperçue que le dernier rapport de séroprévalence datait du 25 mai. En effet, le rapport a été mis en ligne. J'ai d'ailleurs été amenée à appeler Sciensano pour l'informer que le lien ne fonctionnait pas.

Quoi qu'il en soit, je vous remercie pour votre réponse à ma question assez technique. J'examinerai avec attention les résultats qui seront publiés.

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

04 Vraag van Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van biosimilars in ziekenhuizen" (55020596C)

04 Question de Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation de biosimilaires dans les hôpitaux" (55020596C)

04.01 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik vraag nogal wat cijfers. Het is toeval, maar ik heb deze vraag exact één jaar geleden schriftelijk ingediend. Ik kan mij voorstellen dat het niet evident is om alle cijfers voor te lezen, u mag mij die gerust op papier meegeven.

In ons land is het marktaandeel van biosimilars in de meeste gevallen aanzienlijk lager dan in de ons omringende landen. Nochtans bieden biosimilars, net zoals goedkope geneesmiddelen, de mogelijkheid om de uitgaven van de overheid aanzienlijk te beperken, zonder in te boeten aan kwaliteit van de zorg.

Tot 2005 werd het budget voor de ziekenhuisapothek gebaseerd op onder meer de prestaties en moest er een performantierapport overgemaakt worden aan de FOD Volksgezondheid. Dat rapport moest een zicht geven op het percentage van de aankoop van generische geneesmiddelen. In 2005 werd voor de eerste keer ook het ziekenhuisforfait geïntroduceerd.

Met betrekking tot dat ziekenhuisforfait zien we dat de berekening ervan sinds de invoering niet meer werd herzien, op de indexering na. Tevens stellen we vast dat het ziekenhuisforfait anno 2020 geen betrekking heeft op biosimilars.

Hoe heeft, tot 2005, het indienen van een jaarlijks rapport inzake rationeel aankopen in de ziekenhuisapothek, bijgedragen aan het versneld gebruik van generische geneesmiddelen? Hebt u daar een zicht op? Kan dat met de huidige regelgeving aangewend worden voor het stimuleren van het gebruik van biosimilaire geneesmiddelen?

In welke mate heeft het ziekenhuisforfait bijgedragen tot het gebruik van generische geneesmiddelen? Hoe evolueerde het gebruik van generische geneesmiddelen over de jaren door het werken met het ziekenhuisforfait?

Wanneer werd de korf ter berekening van het ziekenhuisforfait voor het laatst herbekeken? Wanneer zal die opnieuw bekeken worden? Wordt overwogen om biosimilars op te nemen in het ziekenhuisforfait?

In welke mate biedt de huidige wetgeving mogelijkheden om financiële incentives in te bouwen om het rationeel aankopen van biosimilars aan te moedigen?

04.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik bezorg u de tabellen, maar het Reglement van de Kamer laat niet toe om gegeven tabellen te beschouwen als deel van het antwoord. De eerste tabel geeft de evolutie weer van het aantal afgeleverde vergoede gemiddelde dagdosissen van generieke geneesmiddelen, absoluut en relatief, in de periode 2000-2005, afgeleverd door de Belgische ziekenhuisapotheken. In 2002 bedroeg het aandeel dagelijkse dosissen voor generieken 0,9 % van het totale aantal. Dat is een zeer klein percentage. Dat steeg vervolgens een beetje, namelijk tot 4,7 % in 2005.

De tweede tabel is opnieuw een illustratie van het gestelde vraagstuk, maar met andere gegevens. Ze toont de evolutie van het aantal afgeleverde vergoede gemiddelde dagdosissen van geforfaitariseerde generieke geneesmiddelen, zowel in absolute als in relatieve cijfers, in de periode die loopt van 2006 tot 2019, geleverd door de Belgische ziekenhuisapotheken aan gehospitaliseerde patiënten. De forfaitarisatie slaat zoals u weet op de gehospitaliseerde patiënten. Het is een lange tabel met veel cijfers. Die begint in 2006 met een procentueel aandeel van de generieken van 5,2 %, gemeten in DDD of dagelijkse dosissen, in het totale aantal DDD. Dat steeg langzaam maar gestaag tot 17,6 % in 2019. Dat is het procentuele aandeel van de generieke geneesmiddelen in de geforfaitariseerde geneesmiddelen die door de Belgische ziekenhuisapotheken gebruikt werden voor gehospitaliseerde patiënten. Dat aandeel stijgt dus langzaam. U kan de tabellen verder gebruiken.

U vroeg ook wanneer de korf voor de berekening van het ziekenhuisforfait wordt herbekeken. Het geneesmiddelenforfait wordt elk jaar herberekend op basis van de meest recente gegevens. De biosimilars zitten in die berekening. De enige uitsluitingen zijn gebaseerd op de ATC-code van het specialisme.

U stelde verder vragen over de adequaatheid van de huidige wetgeving. In het kader van de wet op de openbare aanbesteding en de Europese concurrentiewetgeving, dient er altijd over te worden gewaakt dat de betrokken partijen die op een procedure van openbare aanbesteding intekenen zo gelijk mogelijk worden behandeld. Eender welke bevorderende maatregel voor biosimilars in die procedure moet daar dan ook juridisch aan worden afgetoetst. Dat maakt het inbouwen van financiële incentives voor biosimilaire specialiteiten zeer gecompliceerd. Bovendien dient erop te worden gewezen dat door de wettelijke maatregelen van het biocliffprincipe de basis van vergoedbaarheid door het RIZIV vrij gelijkend is voor biosimilaire en originele specialiteiten, waardoor de budgettaire impact in functie van de winnaar van de procedure van de openbare aanbesteding beperkt is voor de ziekteverzekering.

Dat neemt niet weg dat de huidige en toekomstige marktsituatie voor het behoud en de introductie van biosimilaire specialiteiten nog verder zal worden geoptimaliseerd. In samenspraak met de betrokken actoren en met academische ondersteuning worden er momenteel verschillende opties verder onderzocht en uitgewerkt, enerzijds om de efficiëntie van de openbare aanbestedingen verder te optimaliseren, anderzijds om een optimaal gebruik van *best-value biologicals* door artsen te garanderen waar dat van toepassing is. Die initiatieven zullen wij in de nabije toekomst verder concretiseren.

04.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, bedankt voor uw antwoord. U hebt de tabellen zo samengevat dat er ook iets over in het verslag kan komen. Ik dank u voor de tabellen, we gaan ze zeker bestuderen en er op een later moment op terugkomen.

04.04 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Madame la présidente, serait-il possible que tous les membres reçoivent les tableaux que le ministre va transmettre? Merci beaucoup.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Catherine Fonck à David Clarinval (Classes moyennes, Indépendants, PME et Agriculture, Réformes institutionnelles et Renouveau démocratique) sur "L'interdiction de certains antibiotiques à usage vétérinaire" (55020599C)

05 Vraag van Catherine Fonck aan David Clarinval (Middenstand, Zelfstandigen, Kmo's en Landbouw, Institutionele Hervormingen en Democratische Vernieuwing) over "Het verbod op een aantal antibiotica voor diergeneeskundig gebruik" (55020599C)

05.01 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, j'avais d'abord adressé cette question au ministre Clarinval. Une réduction de l'usage des antibiotiques est évidemment indispensable pour diminuer l'apparition d'antibiorésistance qui constitue un enjeu majeur de santé publique. Il n'y a pas d'administration d'antibiotiques que dans la médecine humaine. C'est aussi le cas en médecine vétérinaire. De ce côté, l'usage est strictement réglementé et se fait uniquement en cas de nécessité après un diagnostic du vétérinaire et confirmé de préférence par un examen complémentaire, par exemple bactériologique. Ce diagnostic est aussi éventuellement complété par un test de susceptibilité sur l'efficacité et la sensibilité de l'antibiotique, sans oublier la loi qui impose des règles pour l'usage des antibiotiques d'importance critique, singulièrement pour les animaux producteurs de denrées alimentaires.

J'ai été très interpellée, comme de nombreux vétérinaires d'ailleurs, par le Parlement européen qui était invité à s'exprimer sur l'interdiction d'utilisation des polymyxines, macrolides, fluoroquinolones et céphalosporines de troisième et de quatrième génération dans le secteur vétérinaire, alors que les positions de diverses agences scientifiques européennes sont connues et que les indicateurs de l'utilisation des antibiotiques en Belgique, pour ce qui concerne la médecine vétérinaire, montrent véritablement une amélioration très positive depuis 2011. Il y a d'ailleurs toute une série de nouveaux objectifs qui ont été fixés pour 2024, que ce soit pour la réduction spécifique à chaque espèce animale, que ce soit sur l'utilisation qui rejette environ 50 mg par kilo de biomasse pour être dans la médiane européenne, que ce soit par rapport à l'utilisation de la colistine avec un objectif de réduction majeur sur lequel on est déjà bien avancé; sans oublier l'utilisation d'aliments médicamenteux contenant des antibiotiques pour une réduction qui s'élève déjà à 75 % et qui doit encore augmenter d'ici 2024.

Le fait d'interdire tous ces antibiotiques de façon transversale pour tous les médecins vétérinaires pose question par rapport à la pratique et à la nécessité parfois absolue de les utiliser chez les animaux. L'AMCRA (Centre de connaissances et organe d'avis pour les autorités et les secteurs par rapport à l'utilisation responsable des antibiotiques en Belgique) s'est clairement positionné contre cette interdiction. De nombreux vétérinaires ont également tiré la sonnette d'alarme.

Monsieur le ministre, quelle est votre position par rapport à la volonté du Parlement européen en cette matière? La Belgique a-t-elle été sollicitée? A-t-elle rendu un avis à ce sujet? Y a-t-il des discussions en cours à la Commission européenne ou entre les ministres en charge de l'Agriculture, de la Santé, du suivi alimentaire, etc., autant de questions qu'il me semble important de pouvoir anticiper pour éviter de nous retrouver demain dans des situations de décisions prises sans que notre avis ait été sollicité.

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Chère collègue, il y a quelques semaines, le Parlement européen a

approuvé l'acte délégué 2021/1760/CE du 26 mai 2021 qui établit les critères à respecter pour que certains antibiotiques soient réservés à l'usage humain. Ces critères sont les suivants: importance majeure pour la santé humaine, risque de transmission de la résistance et le caractère non essentiel pour la santé animale.

Ces trois critères ont été établis après une consultation approfondie d'experts de la médecine humaine et vétérinaire. Une proposition de résolution visant à supprimer le troisième critère (caractère non essentiel pour la santé animale) a été rejetée par le Parlement européen. Si la Commission européenne avait adopté cette proposition de résolution, elle aurait en effet permis d'interdire totalement l'utilisation de certains antibiotiques en médecine vétérinaire tels que les polymyxines, macrolides, fluoroquinolones et céphalosporines de la troisième et de la quatrième génération.

Il convient de noter que l'interdiction totale de l'utilisation de ces classes d'antibiotiques en médecine vétérinaire aurait de graves conséquences pour la santé animale, en rendant impossible le traitement de certaines maladies animales. Selon les experts, ces conséquences pour la santé animale sont disproportionnées par rapport aux bénéfices limités pour la santé humaine.

Les critères énoncés dans l'acte délégué 2021/1760/EU ont donc été pris en compte et ont été scientifiquement étayés.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, que vous dire? Votre réponse me laisse avec plus d'interrogations encore que la question que je vous avais transmise, je vous l'avoue. Je pense que, dans un avenir proche, et en fonction de la manière avec laquelle les choses se concrétiseront, se décideront et évolueront, je me permettrai d'attirer fortement votre attention sur l'impact que cela pourra avoir, en l'état, sur la pratique de la médecine vétérinaire. Il y a bien évidemment aussi tous les enjeux de la santé animale. Nous sommes aujourd'hui dans un concept de *one health*.

Tout le volet de l'antibiorésistance est évidemment un enjeu majeur. Par rapport à cela, l'utilisation rationnelle, et en médecine humaine et en médecine vétérinaire, est cruciale et le sera encore plus demain qu'aujourd'hui. En même temps, il me semble impossible, dans une pratique vétérinaire attentive et stricte, de pouvoir complètement se passer de certains types d'antibiotiques. Je vous avoue que je serai très vigilante par rapport à l'évolution de ce dossier. J'ose espérer qu'en la matière, on sera aussi extrêmement attentif au niveau belge. Un travail impressionnant a été réalisé par le terrain en termes de diminution de la consommation d'antibiotiques. J'espère qu'on sera très attentif à l'avenir de la pratique et surtout au bien-être animal. Il s'agit aussi de cela, à partir du moment où on se priverait d'une manière ou d'une autre, d'une partie des leviers de traitement dans la santé animale. Je vous remercie.

05.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, ma réponse me paraissait assez claire et devrait normalement vous satisfaire. Il faut relire le texte, car j'ai littéralement relu mon texte. C'était satisfaisant du point de vue que vous défendez, mais peut-être devriez-vous relire le texte. Je vais aussi l'envoyer immédiatement si vous le désirez.

05.05 Catherine Fonck (cdH): Je vais le relire, monsieur le ministre. De toute façon, au besoin, je me permettrai de compléter avec une question, quitte à la transmettre par écrit. Mais je pense qu'il va falloir être extrêmement vigilant pour l'avenir, y compris, me semble-t-il, quant à la manière dont la Belgique se positionnera sur le plan européen par rapport à d'autres discussions à venir sur ce volet particulier de la médecine animale en lien, bien évidemment, avec la médecine humaine.

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

06 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination des mineurs contre le covid en cas d'avis divergents des parents" (55020621C)

06 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De covidvaccinatie van minderjarigen van wie de ouders hierover een tegenstrijdige mening hebben" (55020621C)

06.01 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, le site info-coronavirus précise que: "Il est possible de se faire vacciner contre le coronavirus à partir de 12 ans, pour le moment uniquement avec le vaccin Pfizer" et renvoie ensuite aux sites des différentes régions pour de plus amples informations.

Pour la Wallonie, le site de l'AVIQ auquel il est fait référence précise que "L'ensemble des citoyens wallons de plus de 16 ans a été invité à se faire vacciner. Les jeunes de 12 à 15 ans le peuvent également désormais sur base volontaire et avec l'accord de leurs parents ou tuteur légal". Il indique aussi que "l'accord d'un des deux parents ou tuteur légal est nécessaire pour la vaccination d'un jeune de 12 à 15 ans. Les centres de vaccination ont à leur disposition un formulaire d'accord. De plus, l'enfant qui se fait vacciner ainsi que son parent ou tuteur doivent présenter leur carte d'identité au moment de la vaccination."

La législation sur les droits du patient prévoit, en son article 12, que: "§ 1^{er}. Si le patient est mineur, les droits fixés par la présente loi sont exercés par les parents exerçant l'autorité sur le mineur ou par son tuteur. § 2. Suivant son âge et sa maturité, le patient est associé à l'exercice de ses droits. Les droits énumérés dans cette loi peuvent être exercés de manière autonome par le patient mineur qui peut être estimé apte à apprécier raisonnablement ses intérêts."

Monsieur le Ministre, que se passe-t-il lorsque le mineur (entre 12 et 18 ans) souhaite être vacciné mais que seul l'un de ses parents le soutient dans sa démarche tandis que l'autre est contre?

06.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, ma réponse sera assez courte.

Comme c'est le cas pour toute décision importante et réfléchie, il est conseillé de prendre le temps et de discuter de la question avec son enfant ou son pupille. Le vaccin ne doit pas devenir un sujet de peur ou de conflit.

Dans le cas d'un désaccord entre les parents, nous recommandons qu'il soit fait appel au médecin généraliste afin que celui-ci les accompagne dans la prise de décision, et ce sur la base d'informations éclairantes.

Comme vous l'avez relevé très justement, dans les faits, pour qu'un mineur puisse bénéficier du vaccin, l'accompagnement d'un seul parent ou du tuteur légal suffit. Mais j'insiste une fois encore sur le fait que la vaccination ne doit pas être une source de tension. En cas d'opposition entre les parents, nous ne pouvons qu'encourager ces derniers à aller consulter leur médecin généraliste.

06.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse.

Il est évident qu'il faut toujours, dans un premier temps, favoriser le dialogue entre les parents, le mineur et le médecin généraliste. C'est d'ailleurs souvent ainsi que cela se passe.

Si je vous ai posé cette question très précise, c'est parce que l'on m'a interrogée à ce sujet. Je retiens que, si un accord ne peut être trouvé, malgré tout ce qui peut être fait pour trouver une solution pouvant convenir à tous, si un seul des deux parents valide la vaccination alors que l'autre y est opposé, le mineur peut être vacciné s'il se dit favorable à la vaccination. Autrement dit, l'accord d'un seul parent suffit.

Je souhaitais avoir cette version officielle car il peut arriver qu'un accord entre les deux parents, l'enfant et le médecin ne puisse être trouvé. Le problème se pose notamment en cas de séparation des parents et quand les anciens conjoints ont des relations difficiles.

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

07 Vraag van Nathalie Dewulf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het codewoord "masker 19" in de strijd tegen huiselijk geweld" (55020693C)

07 Question de Nathalie Dewulf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le code "masque 19" dans la lutte contre les violences intrafamiliales" (55020693C)

07.01 Nathalie Dewulf (VB): *Sedert de uitbraak van de covidpandemie is er een stijging van huiselijk geweld te noteren. Wie slachtoffer is van huiselijk geweld, kan nu bij de apotheker vragen naar een "masker 19".*

De slachtoffers kunnen zo onopvallend aangeven dat ze hulp nodig hebben. De apotheker antwoordt dat hij dit zal moeten bestellen en vraagt deze persoon zijn of haar contactgegevens. Daarna verwittigt hij of zij de politie.

1. Hoe vaak werd het codewoord "masker 19" al gebruikt? Graag opgesplitst per gewest.

2. Sommigen geven aan dat de fysieke afstand die gecreëerd wordt tussen klant en apotheker, door het gebruik van plexiglas of andere schermen, een extra barrière betekent om effectief hulp te vragen. Werd hier reeds onderzoek naar verricht?

3. Bestaat er naast dit codewoord "masker 19" ook een universeel gebaar om huiselijk geweld kenbaar te maken?

4. Op welke manier worden deze aangiftes verder opgevolgd?

07.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dewulf, de actie met codewoord "masker 19" in de apotheek werd georganiseerd vanuit de regionale koepelverenigingen van apothekers. Daarbij gaat het om het Vlaams Apothekers Netwerk, l'Association des Unions de Pharmaciens en de Apothekersvereniging van Brussel.

De actie was bedoeld om personen die zich in een moeilijke thuissituatie bevinden een manier te geven om op een discrete manier de apotheker op de hoogte te stellen dat er een probleem is. Deze actie is opgezet op een moment dat elke Belg een aantal maskers kon ophalen bij zijn lokale apotheker, waardoor dat ook discreet kon aangegeven worden. Op dit moment is dat niet meer van toepassing en is de actie in zijn huidige vorm dan ook achterhaald.

Er is slechts een beperkte evaluatie van deze actie gebeurd. Enkel het Vlaams Apothekers Netwerk heeft informatie over het beperkte aantal personen die de actie gebruikt hebben. Nochtans was er onder de apothekers een wijdverspreide actie gebeurd, door middel van folders, nieuwsbrieven en webinars, maar dat neemt niet weg dat er een grote bereidheid is vanuit de apotheeksector om deze actie in een andere vorm verder uit te bouwen.

Zowel het Vlaams Apothekers Netwerk als l'Association des Unions de Pharmaciens en de Apothekersvereniging van Brussel, nemen deel aan een vervolgtraject op deze actie. Het Vlaamse netwerk werkt samen met het CAW, ondersteund door de Vlaamse regering, het project CAVASa uit, een project dat de oriënterende rol van de apothekers zal onderzoeken en versterken. De UPB-APB, dus de Algemene Pharmaceutische Bond, neemt deel aan Atelier DPO, een project met als doel een tool te ontwikkelen voor zorgverstrekkers en personen die in onmiddellijke aanraking komen met slachtoffers van intrafamiliaal en seksueel geweld. De tool moet in de toekomst kunnen uitleggen hoe een persoon slachtoffers kan detecteren, zorg aanbieden en oriënteren.

07.03 **Nathalie Dewulf** (VB): Dank u wel, mijnheer de minister, ik zal uw antwoord nog eens herlezen in het verslag.

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

08 **Vraag van Nathalie Dewulf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Psychisch en fysiek geweld bij kindermishandeling" (55020694C)**

08 **Question de Nathalie Dewulf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les violences physiques et psychologiques dans le cadre de la maltraitance d'enfants" (55020694C)**

08.01 **Nathalie Dewulf** (VB): Ik verwijs nogmaals naar mijn schriftelijke vraag, die tot op heden niet beantwoord werd.

Ik verwijs naar mijn schriftelijke vraag nr. 585 waarop ik nog geen antwoord mocht ontvangen.

Uit het antwoord dat ik ontving op mijn schriftelijke vraag nr. 261 lees ik dat er geen gegevens zijn over ambulante consultaties m.b.t. kindermishandeling.

Als het slachtoffer geen klacht wil indienen, kan de arts toch, mits akkoord van het slachtoffer, het medisch attest bij fysiek geweld invullen.

Op dit formulier worden de plaats en de exacte beschrijving van de letsels en/of de klachten vermeld.

Is er een stijging van meldingen van psychische problemen bij minderjarigen? Zo ja, graag cijfers voor de jaren 2017, 2018, 2019, 2020?

Volgens het antwoord op mijn schriftelijke vraag zijn er nog geen gegevens bekend voor de jaren 2019 en 2020. Zijn de gegevens voor die jaren inmiddels wel beschikbaar?

Een arts mag, mits akkoord, een medisch attest bij fysiek geweld invullen. Hoeveel medische attesten werden er al op die manier ingevuld? Graag cijfers voor de jaren 2017, 2018, 2019 en 2020. Tevens graag een verdeling per Gewest.

08.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Dewulf, ik kan u geen kwantitatief antwoord geven op de vraag of psychische problemen bij minderjarigen in het algemeen zijn toegenomen. De minimale psychiatrische gegevens hebben enkel betrekking op opnames in een ziekenhuis, die in principe zijn voorbehouden voor ernstige psychiatrische aandoeningen. Dat is natuurlijk maar een fractie van de psychische problematiek. Gegevens over ziekenhuisopnames hebben we tot 2018. Om de ziekenhuizen enigszins te ontlasten tijdens de coronapandemie werd er uitstel verleend voor de indiening van minimale psychiatrische gegevens. Ik verwacht dat in het najaar de gegevens over 2019 verwerkt zullen zijn.

Uit contacten met pedopsychiaters en de hoofdartsen van de ziekenhuizen blijkt dat er meer aanmeldingen zijn van kinderen en jongeren met depressieve klachten, suïcidaal gedrag en eetstoornissen. Een van de eerste maatregelen die ik heb genomen is een versterking van de capaciteit binnen de crisisteams kinderen en jongeren. Daarna kregen de psychiatrische diensten voor kinderen een betere omkadering om er zowel voor, tijdens als na de opname de continuïteit van de begeleiding ook buiten het ziekenhuis te garanderen.

Via liaisonteams hebben we voorzien in expertise vanuit de kinderpsychiatrie naar de pediatrie. Die laatste maatregel werd vooral ingezet om beter te kunnen beantwoorden aan de toename van het aantal kinderen met ernstige eetstoornissen.

Voor alle duidelijkheid: niet al deze aanmeldingen vereisen een ziekenhuisopname. Op 26 juli werd een RIZIV-conventie goedgekeurd met betrekking tot de eerstelijns psychologische zorg waarbij we per netwerk geestelijke gezondheidszorg een gesloten budget ter beschikking stellen. Dat wordt nu uitgerold en de bedoeling is natuurlijk om daardoor ook beter te kunnen reageren ten aanzien van mensen, dus ook kinderen en jongeren, met lichte problemen tot matige en ernstige psychische stoornissen. Dit netwerkbudget voorziet ook in een specifiek budget voor kinderen en jongeren, rekening houdend met het feit dat meer dan de helft van de stoornissen die voorkomen al tijdens de kindertijd ontstaan en pas op latere leeftijd zwaar tot uiting komen.

Het klopt dat een arts bij vaststelling van fysiek geweld daarover een medisch attest mag verstrekken. Dat attest laat de patiënt toe om desgewenst juridische stappen te zetten. Er wordt geen registratie bijgehouden van die verstrekte medische attesten.

08.03 **Nathalie Dewulf** (VB): Mijnheer de minister, deze problematiek moet goed opgevolgd worden.

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

09 Questions jointes de

- Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'usage de la naloxone" (55020695C)

- Laurence Hennuy à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La naloxone en spray" (55021805C)

09 Samengevoegde vragen van

- Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van naloxon" (55020695C)

- Laurence Hennuy aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Naloxon in de vorm van een neusspray" (55021805C)

09.01 **Laurence Hennuy** (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, la naloxone est l'antidote spécifique des

opioïdes, médicament de référence dans le traitement d'urgence des surdoses d'opioïdes depuis plus de 50 ans. Il est inscrit sur la liste des médicaments essentiels de l'OMS et il améliore grandement le pronostic vital tant d'une personne ayant consommé des opiacés qu'une victime qui n'en a pas consommé.

Et pourtant, en Belgique, seule la forme injectable de l'antidote est commercialisée alors que des professionnels de la santé insistent pour qu'elle soit disponible en libre accès et sous la forme d'un spray nasal, comme le font certains pays européens depuis une dizaine d'années.

Les firmes pharmaceutiques concernées réclament une politique de soutien favorable au marché, sous forme d'un programme officiel de délivrance de naloxone en spray pour les usagers, leurs proches et les professionnels des secteurs spécialisés.

L'existence d'un plan "overdose" national pourrait donc permettre de rendre disponible la forme nasale de naloxone en rendant attractif un marché pourtant considéré comme trop petit.

Monsieur le ministre, y a-t-il une demande d'autorisation de mise sur le marché de la naloxone? La mise en place d'un tel plan rendrait-elle disponible la naloxone en spray? Revient-il aux firmes pharmaceutiques de conditionner la mise sur le marché d'un médicament à la mise en place d'un tel plan?

09.02 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, le nombre d'overdoses liées aux opiacés est en augmentation depuis quelques années sur le continent (environ 10 000 décès par an). En Belgique, les derniers chiffres recensés par Sciensano remontent à 2014, soit avant le début de la crise d'overdoses. Les associations de terrain alertent sur un manque d'objectivation du phénomène.

Un traitement d'urgence des surdosages aux opiacés existe, il s'agit de la naloxone. Toutefois, en Belgique, il reste trop difficile de s'en procurer puisque la naloxone n'est disponible que par injection et sur prescription médicale, alors que des professionnels de la santé et des associations d'aide aux toxicomanes demandent qu'elle soit disponible en accès libre et sous la forme d'un spray nasal, comme en France ou aux Pays-Bas.

Monsieur le ministre, des chiffres plus récents sont-ils disponibles concernant le nombre d'overdoses liées aux opiacés en Belgique? Sinon, des études pourraient-elles être menées sur le sujet?

Qu'en est-il de la mise à disposition sur le marché de naloxone sous la forme de spray nasal? Une demande d'autorisation de mise sur le marché a-t-elle été effectuée dans notre pays?

09.03 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, en effet, ces dernières années une consommation croissante d'opioïdes a été observée en Europe. Cette consommation croissante n'atteint pas encore les proportions constatées aux États-Unis et au Canada. Cependant, les chiffres de l'OCDE, publiés en mai 2019, montrent que la Belgique est, après l'Allemagne et l'Autriche, le troisième pays européen où la consommation journalière d'opioïdes par million d'habitants est la plus importante.

En Belgique, deux sources principales fournissent des informations sur les décès: le registre général de mortalité (RGM) et le plus petit registre du Belgian Early Warning System Drugs de Sciensano (BEWSD).

Toutefois, le RGM ne contient pas d'informations détaillées sur les substances spécifiques responsables d'un décès. En plus du RGM, des informations sur les décès liés à la drogue sont également collectées par le BEWSD de Sciensano, qui est le système belge d'alerte précoce en matière de drogues. Grâce à ce monitoring, des informations détaillées sur les cas de décès sont disponibles, mais elles sont non exhaustives. Tous les décès liés aux opioïdes en Belgique n'y sont pas forcément représentés.

En particulier au cours de la période 2015-2017, on a vu à la fois une augmentation du nombre de décès liés à l'oxycodone et une augmentation du nombre de décès liés à l'utilisation des opioïdes de type *new psychoactive substance* tels que le fentanyl. Cette dernière tendance semble s'être interrompue grâce au travail législatif accompli (classement générique des substances, cf. arrêté royal du 6 septembre 2017 réglementant les substances stupéfiantes et psychotropes visant à soumettre les substances sur la base d'une classification générique à la loi concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, psychotropes, désinfectantes ou antiseptiques et des substances pouvant servir à la fabrication illicite de substances stupéfiantes et psychotropes, dénommé la loi drogues).

Je crois que ce travail législatif a été important. Nous sommes passés de 5,2 décès liés à l'oxycodone et 21 liés au Fentanyl en 2015 à aucun décès lié à l'oxycodone et 13,7 liés au Fentanyl en 2018.

Le spray nasal Nyxoid (naloxone 1,9 mg/dose) a été autorisé par la Commission européenne le 9 septembre 2017. Cette autorisation est valable dans tous les États membres de l'Europe.

Cependant, le médicament n'est pas encore commercialisé en Belgique. Il appartient au titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de choisir les pays de l'Union européenne où le médicament sera commercialisé. Ensuite, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché doit demander un prix au SPF Économie et le remboursement via l'INAMI.

Les patients en Belgique peuvent contacter le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de préférence par l'intermédiaire de leurs médecins traitants et demander dans quel pays le médicament est ou sera commercialisé. Lorsqu'il est disponible dans un autre pays européen, comme les Pays-Bas ou la France, il peut être importé par un pharmacien sur la base d'une déclaration du médecin conformément à l'article 105 de l'arrêté royal du 14 décembre 2006.

C'est une situation qu'il faut peut-être analyser davantage, mais c'est l'état des lieux actuel.

09.04 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse, pour nous avoir livré l'instantané de la situation et pour avoir rappelé que le travail législatif qui a été réalisé a permis une nette diminution des décès entre 2015 et 2018.

Le fait que la naloxone ne soit pas en vente libre en Belgique pose quelques soucis et certaines associations de terrain s'interrogent. J'ai bien compris que puisque le médicament n'est pas encore commercialisé en Belgique, c'est le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché qui doit faire la demande afin de pouvoir assurer sa distribution dans notre pays. Pour le surplus, tant qu'il n'y a pas de distribution sur notre territoire, ce médicament peut être importé par un pharmacien, toujours selon le schéma que je décrivais dans ma question.

Je ne manquerai pas de rester attentif à la question et de revenir vers vous, le cas échéant, car la demande du secteur associatif qui est souvent confronté à ce genre de public est réelle.

09.05 Laurence Hennuy (Ecolo-Groen): Monsieur le ministre, j'adhère tout à fait aux propos tenus par M. Patrick Prévot.

On peut effectivement avoir accès à la naloxone de manière individuelle via son médecin généraliste. Mais, ici, c'est un accès généralisé pour les associations de terrain qui est demandé. L'idée est d'agir de manière préventive en disposant d'un stock.

Je reviendrai sur la question de la faisabilité d'un nouveau plan Overdose. Auparavant, je vais relire attentivement l'arrêté royal de septembre relatif à la lutte contre les opioïdes.

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

10 Vraag van Nathalie Dewulf aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het proefproject For K" (55020698C)

10 Question de Nathalie Dewulf à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le projet pilote For K" (55020698C)

10.01 Nathalie Dewulf (VB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, de meeste hulpoproepen zijn oproepen in verband met kindermishandeling. Ten opzichte van 2019 zou er een stijging zijn van dergelijke hulpoproepen van 45 %. For-K is een pilootproject met als doelstelling de creatie van een specifiek aanbod van intensieve klinische behandeling voor jongeren met een psychiatrische problematiek.

Mijnheer de minister, bent u tevreden over dat pilootproject? Zal het nog uitgebreid worden? Ziet u een stijging van die problematiek bij jongeren en kunt u dat met cijfermateriaal staven? Hoe en wanneer hebben jongeren de kans om in te stappen in dat pilootproject?

10.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, mevrouw Dewulf, uw vraag is oorspronkelijk een schriftelijke vraag, die eigenlijk juist beantwoord werd, met mijn excuses voor de laattijdigheid. Ik kan het antwoord nu ook voorlezen, maar het voorbereid antwoord bevat heel veel cijfers. Dringt u erop aan dat ik dat voorlees?

10.03 **Nathalie Dewulf** (VB): Mijnheer de minister, ik zal de publicatie van het schriftelijke antwoord afwachten.

10.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Dewulf, dat komt er snel aan. Het schriftelijke antwoord is reeds ondertekend.

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

La **présidente**: La question n° 55020713C de Mme Muylle est transformée en question écrite. Mme Depoorter sera présente un peu plus tard dans cette commission.

11 Questions jointes de

- **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les préparatifs pour la vaccination contre la grippe et les invitations pour la troisième dose" (55020761C)
- **Patrick Prévot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La grippe saisonnière" (55020783C)
- **Nawal Farih** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination contre la grippe saisonnière" (55021102C)
- **Steven Creyelman** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conséquences d'une éventuelle résurgence des cas de grippe" (55021369C)

11 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De voorbereidingen voor de griepvaccinatie en de uitnodigingen voor de derde prik" (55020761C)
- **Patrick Prévot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De seizoensgriep" (55020783C)
- **Nawal Farih** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie tegen de seizoensgriep" (55021102C)
- **Steven Creyelman** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De gevolgen van een mogelijke opstoot van het aantal griepgevallen" (55021369C)

11.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb mijn vraag over de griepvaccinatie al een tijdje geleden ingediend, maar ze blijft haar actualiteitswaarde behouden. Vanaf 1 oktober kunnen mensen het griepvaccin zonder voorschrift verkrijgen in de apotheek. Daar bestaat wel wat verwarring over, aangezien de apothekers niet precies weten wanneer zij de terugbetaling voor risicogroepen kunnen toepassen, zoals een apotheker mij recent meldde. Voor mensen ouder dan 50 is het wel duidelijk, aangezien de terugbetaling dan sowieso toegepast mag worden, maar voor wie jonger is dan 50 heeft de apotheker niet de mogelijkheid om te zien of de persoon al dan niet terugbetaling krijgt. Om die reden wordt dikwijls toch nog een voorschrift gevraagd aan de huisarts.

Vorig jaar kenden wij een tekort in het aantal griepvaccins. Aan de arbeidsgeneeskundige diensten werd toen gevraagd om vaccins eventueel terug in het gewone circuit te brengen. Zijn de arbeidsgeneeskundige diensten dit jaar reeds begonnen met de vaccinatie tegen de griep? Hoeveel van de zowat 4 miljoen beschikbare vaccins hebben de arbeidsgeneeskundige diensten ingekocht?

Welke lessen hebt u getrokken uit het griepvaccinatiedebacle van 2020?

Er is ook het feit dat de griepvaccinatie en de derde coronaprik samenvallen. Ik geef al enigszins mijn repliek mee, maar op het terrein is het spijtig dat de coronavaccins en de griepvaccins volledig uit elkaar zijn getrokken en op een andere manier zijn georganiseerd.

Ten slotte, hebt u er al aan gedacht om, wanneer iemand op consultatie komt voor een griep- of coronaprik bij de huisarts, die consultatie gratis te maken? Vandaag is ze immers betalend, hoewel alleszins voor de coronaprik was beloofd ze volledig gratis te maken.

11.02 Patrick Prévot (PS): *Monsieur le ministre,*

Bulles sociales, restriction de voyages, gestes-barrières : l'année dernière, les mesures sanitaires ont, comme nous le savons, limité les cas de grippes hivernales.

Depuis quelques semaines, des experts de santé publique s'inquiètent dès lors d'un possible retour très actif du virus avec le manque de renforcement de l'immunité et le relâchement des mesures sanitaires, comme la fin du port du masque dans les écoles ou la réouverture des discothèques.

Mais ce n'est pas tout : comme vous le savez, le vaccin annuel contre la grippe se base sur les souches en circulation l'hiver précédent pour établir le vaccin pour la saison de la grippe suivante. Et comme je l'ai dit, il y a eu peu de cas. La Belgique a commandé cette année un total de 3,78 millions de doses de vaccin contre la grippe, soit 800.000 de plus que les années précédentes, et c'est évidemment une bonne chose.

Depuis plusieurs jours, il est fait état de la possibilité d'administrer en une fois une troisième dose de vaccin contre le Covid-19 et le vaccin contre la grippe aux seniors. Le Conseil Supérieur de la Santé se pencherait sur le sujet.

Monsieur le Ministre,

Quand sera organisée la prochaine Conférence interministérielle Santé publique à ce sujet ?

Quand devrions-nous recevoir l'avis du Conseil Supérieur de la Santé concernant l'injection des vaccins grippe/Covid-19 ?

Des études ont-elles déjà été menées sur les potentiels effets secondaires de ces injections simultanées ?

Je vous remercie pour vos réponses.

11.03 Nawal Farih (CD&V): *Mijnheer de minister, ik verwijst naar mijn schriftelijk ingediende vraag, maar ik wil daar nog iets aan toevoegen. De arbeidsgeneeskundigen zijn al begonnen met het toedienen van een grieprik en ik vraag mij af of de voorrangsregels voor risicogroepen vandaag goed worden toegepast.*

Wat de vaccinaties en de apothekers betreft, heb ik in heel wat persberichten gelezen dat u ervoor openstaat om de coronavaccins door de apothekers te laten toedienen, wat ik een heel goede zaak vind. Zal dat ook het geval zijn voor de griepvaccins voor dit griepseizoen?

Zullen er naast de 800.000 voor dit jaar bijbestelde vaccins nog bijkomende bestellingen worden geplaatst? De voorbije twee jaar bouwden de mensen immers weinig weerstand op door de weinige contacten die ze hadden. Denkt u dat die 800.000 vaccins zullen volstaan?

Er bestaat een groot risico dat de griep in volle hevigheid terugkomt deze winter nu de coronamaatregelen versoepelen. Volgens de Hoge Gezondheidsraad (HGR) bestaat de kans dat bij gebrek aan recentelijk verworven natuurlijke immuniteit het risico op overdracht van het griepvirus door kinderen en jongvolwassenen (die niet gevaccineerd zijn en geen natuurlijke immuniteit vertonen) op mensen die een hoger risico lopen, zou kunnen toenemen.

De coronacrisis heeft duidelijk aangetoond hoe belangrijk vaccinatie en een goed georganiseerde vaccinatiestrategie wel niet zijn. Een vaccinatieschema volgen is de beste manier om tal van ernstige, moeilijk te behandelen infectieziekten die complicaties kunnen veroorzaken of restletsels kunnen nalaten, te voorkomen. Anderzijds blijkt uit cijfers van het KCE dat de dekkingsgraad voor de griepvaccinatie bij risicogroepen al jaren zorgwekkend afneemt in België.

In mei 2021 heeft de HGR een advies geformuleerd over vaccinatie tegen seizoensgriep voor de winter van 2021-2022 in een context van covid-19. De Raad beschreef de bevolkingsgroepen die prioritair zouden moeten worden gevaccineerd, en raadde een stapsgewijze vaccinatie aan van de verschillende doelgroepen. In juni heeft de Hoge Gezondheidsraad het basisvaccinatieschema herzien en aanbevelingen geformuleerd voor vaccinatie tegen seizoensgriep.

Mijn vragen voor u:

- Worden er, naast de extra 800.000 vaccins, bijkomende maatregelen of initiatieven genomen om de vaccinatiegraad tegen de griep te kunnen verhogen? Wordt hierbij rekening gehouden met de

aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad? IJvert u voor een vaccinatiegraad van 75 % zoals aanbevolen door de WHO?

- Wat vindt u van het idee om de vaccinatie tegen de griep gelijktijdig toe te dienen met de derde coronavaccinatie in de woonzorgcentra? Zou dit uitgebreid moeten worden naar alle risicogroepen die overwogen worden voor een derde prik; ik denk zo onder meer aan de 65-plussers?

- Hoe evalueert u de maatregel dat 50-plussers sinds oktober 2020 zonder voorschrift een griepvaccin kunnen afhalen in de apotheek? Tot wanneer geldt deze maatregel en zal deze verlengd worden?

- Is er al meer overleg gebeurd inzake de rol van de apotheker in de vaccinatie tegen griep? Hoe staat u tegenover de mogelijkheid voor apothekers om ook te kunnen vaccineren?

11.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw de voorzitter, ik kan bevestigen dat met het oog op een verhoging van de vaccinatiegraad, naast het hogere aantal beschikbare vaccins, het voorschrift door de apotheker, via de wet op de uitoefening van gezondheidsberoepen, ten aanzien van elke patiënt mogelijk is gemaakt. Het voorschrijfrecht van de apothekers is in eerste instantie toegekend voor het komende vaccinatieseizoen. Het kan, na een evaluatie door het FAGG, worden verlengd bij een in ministerraad overlegd koninklijk besluit.

Met betrekking tot de rol van de huisartsen in het vaccinatiegebeuren wil ik in eerste instantie de aandacht vestigen op het feit dat door de vrijstelling van een artsenvoorschrift voor het griepvaccin, de patiënt niet meer bij zijn huisarts zal moeten langsgaan voor het voorschrift. Wij denken dat dit een drempelverlagend effect kan hebben voor de patiënten en dat het de huisartsen ontlast.

De consultaties voor de toediening van de vaccins worden niet gratis gemaakt. Via een koninklijk besluit zal echter worden voorzien in de mogelijkheid om de derde-betalersregeling toe te passen voor die consultaties. De patiënt zal dus alleen het remgeld dienen te betalen. Dat lijkt mij toch belangrijk.

De aanbevelingen van de Hoge Gezondheidsraad werden gevolgd voor wat betreft de startdatum van de vaccinaties, namelijk 15 oktober. De voorgestelde fasering werd niet gevolgd, aangezien het uiteindelijk beschikbare aantal vaccins hoger ligt dan het aantal dat gekend was door de Hoge Gezondheidsraad op het moment dat hij zijn advies gaf over die fasering.

De apotheker zal voor elke patiënt kunnen voorschrijven, terwijlde terugbetaling, zoals in het verleden, is voorbehouden voor patiënten uit de risicogroepen, zoals voorzien in de reglementering. In dit verband zal de apotheker sowieso een belangrijk aantal personen kunnen identificeren met de gegevens waarover hij beschikt. Dat is zeker het geval voor de leeftijd, maar ook voor pathologieën waarover het algemeen farmaceutisch dossier zekerheid geeft. In geval van twijfel, wanneer de apotheker echt geen uitsluitel heeft, bijvoorbeeld over de aanwezigheid van een bepaalde chronische aandoening, zal hij de patiënt naar zijn arts moeten doorverwijzen.

Wat betreft de aankoop van vaccins door arbeidsgeneeskundige diensten, heeft het FAGG in april 2021 de betrokken firma's informatie gevraagd over de reeds geplaatste bestellingen. Op dat moment waren er reeds 373.000 vaccins besteld door arbeidsgeneeskundige diensten.

En ce qui concerne les questions de M. Prévot et de Mmes Farih et Merckx, je peux préciser que le Conseil supérieur de la Santé a conclu, le 16 septembre 2021, que le vaccin contre le covid-19 et le vaccin contre la grippe saisonnière peuvent être administrés de façon simultanée. Bien que l'avis doive encore être formalisé, la conclusion a été communiquée le 22 septembre 2021 à Conférence interministérielle Santé publique qui en a pris acte.

Une étude ComFluCOV fondée par le National Institute for Health Research a été menée en Angleterre sur 650 participants. Les résultats préliminaires de cette étude ont montré que la co-administration est généralement bien tolérée, sans réduction de la réponse immunitaire à l'un ou l'autre des vaccins.

De kwestie of het wenselijk en noodzakelijk is om aan de apothekers het recht te verlenen voor het toedienen van het griepvaccin is een interessante vraag en maakt deel uit van het debat over de rol van de apothekers in onze gezondheidszorg. In een interview met Radio 2 heb ik vandaag nog gezegd dat we principieel beslist hebben dat we de apotheker ook in de mogelijkheid willen stellen om het covidvaccin zelf toe te dienen. In eerste instantie zal dat dus gebeuren met het covidvaccin.

Ik zou dat niet meteen willen verruimen tot het griepvaccin. Dat is namelijk een gevoelige kwestie. U

herinnert zich wellicht onze debatten daarover in de schoot van deze commissie. Dus moeten we stap voor stap vooruitgaan.

Ik hoop spoedig met een wetgevend initiatief te kunnen komen waardoor de apotheker ook zelf covidvaccins zou kunnen toedienen.

11.05 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Bedankt, mijnheer de minister, voor uw antwoord. Als ik de situatie op het terrein bekijk, zie ik dat er tot op vandaag geen overrompeling is van de apothekers, in tegenstelling tot vorig jaar. Ik ben er dan ook over bezorgd of we de vereiste vaccinatiegraad wel zullen halen. Misschien zijn de mensen meer bezig met het covidvaccin dan met het griepvaccin. Bewustmaking daaromtrent is dus zeker nog nodig.

Ten tweede kunnen de apothekers zich volgens u baseren op de leeftijd of op het dossier. Bij twijfel moeten ze dus toch naar de arts gaan. Dat vind ik echt wel spijtig, aangezien er een heel identificatiesysteem is uitgewerkt voor de coronavaccins voor de risicogroepen. We hebben die gegevens, maar ze worden niet gebruikt voor het griepvaccin. Dat gaat mijn petje te boven, ik begrijp dat echt niet.

De corona- en grieprik zouden bovendien samen kunnen worden gegeven. Heel veel mensen moeten nu een derde dosis krijgen, maar er is niet aan gedacht om dat samen te doen met de grieprik. Ook dat gaat mijn petje te boven. Men blijft in dit land echt naast elkaar werken. Zaken die samen kunnen gebeuren, worden niet samen gepland. Voor de huisartsen is het een enorme overlast om tegelijk de corona- en griepvaccinatie te organiseren en ook de hele teststrategie. Dat vind ik dus een gemiste kans, waar nog veel over te zeggen is.

Tot slot, zal de derde-betalersregeling gelden voor het covidvaccin of voor het griepvaccin? Het is zeker een stap vooruit, maar de derde-betalersregeling is niet gratis. Het covidvaccin zou gratis moeten zijn. Dat zou ook zo voor het griepvaccin moeten zijn.

11.06 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour vos réponses. J'entends que l'avis doit encore être formalisé, mais que la troisième dose de vaccin covid pourrait être administrée en même temps que le vaccin contre la grippe saisonnière. Cet avis avait d'abord été communiqué le 22 septembre, si j'ai bien compris votre réponse, lors d'un conseil des ministres.

Idéalement, - mais hélas, nous ne fonctionnons pas dans un monde idéal et ce, singulièrement depuis le début de cette crise – il aurait été préférable de pouvoir déjà, depuis plusieurs semaines, commencer à administrer tant la troisième dose que celle contre la grippe saisonnière. À titre personnel, mes parents recevront ce samedi leur troisième dose de vaccin anticovid. Je pense qu'ils auraient été heureux de pouvoir être vaccinés en même temps contre la grippe saisonnière.

En revanche, il est un autre élément qui fait partie de votre réflexion: vous avez envisagé la possibilité que les pharmaciens puissent vacciner. Ce pourrait constituer une réponse à certains médecins généralistes, qui se plaignaient parfois d'être débordés avec les vaccins. Si la réflexion fait chemin auprès de votre cabinet, vous reviendrez très prochainement pour nous en parler.

11.07 Nawal Farih (CD&V): Mijnheer de minister, zoals mevrouw Merckx al zei zijn heel wat mensen vandaag bezig met het coronavaccin, waardoor de aandacht voor het griepvaccin enigszins verdwijnt. Ik zou dan ook graag pleiten voor meer sensibilisering daaromtrent. Wij horen van huisartsen en ziekenhuizen dat er heel veel patiënten binnenkomen met luchtwegeninfecties en andere soorten virale infecties. Ik vermoed dat de griep de komende maanden stevig zal binnenkomen en wij moeten dan ook zoveel mogelijk inzetten op het vermijden van ziekenhuisopnames.

Wat de rol van de apothekers betreft, vind ik het zeer goed dat wij een stap vooruit zetten met het coronavaccin. Wij hebben tijdens de epidemie gezien dat de apothekers hun maatschappelijke rol zeer goed hebben vervuld. Patiënten die angst hadden om in de wachtzaal van de huisarts te gaan zitten, vonden wel makkelijker hun weg naar de apotheek. Wij halen de vaccinatiegraad die opgelegd wordt door de Wereldgezondheidsorganisatie vandaag nog niet. Wat apothekers en huisartsen betreft, gaat het niet om een en-of-verhaal, maar om een en-en-verhaal. Ik geloof echt in de combinatie van beiden en in de complementaire rol van de apotheek om de vaccinatiegraad naar boven te krijgen. Ik hoop dat wij ook op het vlak van de griepvaccinatie stappen vooruit zullen kunnen zetten.

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

12 Question de **Sofie Merckx** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La politique de traçage et l'adaptation aux variants" (55020763C)

12 Vraag van **Sofie Merckx** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tracingbeleid en de aanpassing aan varianten" (55020763C)

12.01 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op 14 september heb ik u ondervraagd over het tracingbeleid en de aanpassing aan varianten. Ik vroeg toen of er een aanpassing was van het tracingbeleid aan de deltavariant. De microbioloog André ijverde ervoor om in de plaats van twee dagen zeven dagen terug te gaan bij het opsporen van een individuele besmetting.

Is ons huidige opsporingsbeleid opgewassen tegen de komst van de nieuwe varianten? Is het voorstel van die zeven dagen wel besproken?

Ondertussen is er ook een studie van de KU Leuven uitgekomen waarin zeven dagen werd teruggedaan. Die studie behaalde goede resultaten. U zei toen dat dat effectief al gebeurde, dat er al zeven dagen werd teruggedaan. Op de website <https://www.corona-tracking.info/> staat echter nog steeds in het script van de telefonisten dat er twee dagen wordt teruggedaan. Gaan de coronatracers nu twee dagen of zeven dagen terug in de tijd?

12.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: De scripts van de callcenters werden aangepast om gevolg te geven aan het advies van de RAG en de RMG en de beslissing van de IMC om de *backward* tracing uit te breiden. Meer bepaald wordt via Q9 tot veertien dagen teruggedaan om een vermoedelijke bron aan te duiden. De prioriteit gaat naar het identificeren van evenementen of activiteiten als potentiële bron van besmetting, met name wanneer meerdere besmettingen in verband kunnen worden gebracht met hetzelfde evenement, opdat mogelijk geïnfecteerde aanwezigen kunnen worden aangemoedigd zich ook te laten testen en vooral opdat verdere verspreiding van nieuwe of nog beperkt circulerende VHC's wordt tegengegaan. In het bijzonder gebeurt dat binnen een tijdvenster van tien dagen voor de vastgestelde besmetting.

Wel moet ik zeggen dat door het stelselmatig openen van de samenleving, de voortschrijdende vaccinatiecampagne en het gebruik van het CST deze strategie inmiddels minder relevant is geworden, omdat aan de ene kant het aantal potentiële besmettingsplaatsen is toegenomen terwijl anderzijds een groot deel van de contacten gevaccineerd is.

12.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt eigenlijk niet echt geantwoord op de vragen die ik stelde en ik lees nog steeds dat aan de indexpatiënt enkel gevraagd wordt om twee dagen terug te gaan. Het is dus niet aangepast aan het wetenschappelijke advies om zeven dagen terug te gaan. Uw antwoord over dat brononderzoek ging daar niet over.

Van bij het begin hebben wij altijd kritiek gehad op de bureaucratische manier waarop de contacttracing gebeurt en op het feit dat men niet ver genoeg teruggaat. Het project van de KU Leuven heeft nochtans aangetoond dat zeven dagen teruggaan echt interessant is. Ik stel vast dat onze manier van contacttracen zeer bureaucratisch is en niet wordt aangepast aan de situatie, met als gevolg dat we vandaag voor een vierde golf staan.

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

13 Vraag van **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De btw op medische handelingen" (55020731C)

13 Question de **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La TVA sur les actes médicaux" (55020731C)

13.01 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik verwijs naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

Recent besliste de regering om vanaf 1 januari 2022 btw te heffen op medische ingrepen of behandelingen

zonder therapeutisch doel. Wij hebben gemerkt tijdens de parlementaire bespreking van het wetsontwerp dat niet iedere beroepsgroep binnen de medische sector werd geconsulteerd.

Onze verwachting is dus dat er heel wat discussie zal ontstaan over de nieuwe maatregel. De minister belooft daarop dat zijn administratie in ruim overleg met de sector een omzendbrief zal uitwerken die meer duidelijkheid moet brengen.

Graag verneem ik het volgende van de minister:

Heeft de minister overleg gehad met beroepsgroepen sinds de aankondiging van de wet? Staan er overlegmomenten gepland of hebben er reeds plaatsgevonden? Zo ja, wat zijn de voornaamste conclusies?

Is de omzendbrief reeds verzonden naar de beroepsgroepen? Kan de minister de brief bezorgen?

De nieuwe regelgeving gaat van start vanaf 1 januari 2022. Zullen de minister en zijn administratie klaar zijn voor de implementatie en zullen de zorgverstrekkers ook nog voldoende tijd hebben om zich aan te passen? Welke timing voorziet de minister?

Deze regelgeving heeft ook gevolgen voor afgesloten verzekeringen. Wanneer zal de minister duidelijkheid kunnen verschaffen aan de patiënten over bijvoorbeeld verzekeringen voor orthodontie?

13.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Uw vraag betreft eigenlijk de bevoegdheid van de minister van Financiën. Aangezien ik het thema ook heel belangrijk vind – ik ben net zoals u geïnteresseerd in gezondheidszorg –, kan ik na overleg met mijn goede collega van Financiën het volgende meedelen.

Sinds september van dit jaar voert de FOD Financiën talrijke besprekingen met verscheidene beroepsorganisaties van zorgverleners, waarbij zeker 20 tot 30 partijen worden bereikt. Om discussie te vermijden met partijen die nog niet konden worden bereikt, zal de Centrale Administratie Financiën na het ruime overleg met de sector een rondzendbrief uitwerken die voor alle partijen meer duidelijkheid dient te scheppen.

Mijn administratie heeft de FOD Financiën eveneens bevestigd, ook gezien de vele vragen die zij van zorgverleners in de bevestigde overlegorganen krijgt. De FOD Financiën bereidt momenteel de rondzendbrief voor. Die is nog niet gepubliceerd.

De vereiste communicatie voor alle betrokken partijen zal worden gegarandeerd en dat binnen redelijke termijnen, alvorens het ontwerp zal worden afgerond. De FOD Financiën zal een eerste draft van rondzendbrief tegen uiterlijk eind oktober van dit jaar bekendmaken.

De btw-maatregel zal op 1 januari van kracht worden. De FOD Financiën garandeert mij dat in de nodige communicatie wordt voorzien, mogelijks ook via de beroepsorganisaties. Daarover zullen in de toekomst tijdig afspraken worden gemaakt, in samenspraak met de fiscale administratie.

Wat is de impact van de maatregel op de private verzekeringen? Bepaalde aanpassingen zullen een weerslag op de verzekeringstegemoetkomingen kunnen hebben. Het is belangrijk om eraan te herinneren dat bepaalde verstrekkingen aan btw zullen worden onderworpen en andere niet, afhankelijk van de aard en het doel van de betreffende behandeling. De details daarvan zullen na de verdere besprekingen tussen de FOD Financiën en de verzekeringssector in de rondzendbrief van de FOD Financiën tot uiting komen.

13.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, het is in elk geval al een goede zaak dat nu is overlegd met de vertegenwoordigers van de meeste beroepsgroepen. Bij het ontwerp van wet was dat absoluut niet het geval.

U stelt tijdig te zullen informeren. Er is een eerste draft klaar in oktober 2021. Wanneer de maatregel echter in januari 2022 van toepassing wordt, moet aan de zorgverstrekkers echt wel voldoende tijd worden gegeven om zich daaraan aan te passen en vooral om hun patiënten daarover te informeren.

U verwijst immers naar mijn vraag over de privéverzekeringen. Er is heel wat ongerustheid bij ouders die een verzekering hebben gesloten, bijvoorbeeld voor orthodontie voor de kinderen. Ook voor hen zijn tijd en duidelijkheid belangrijk.

Wij hebben het in de commissie al heel vaak gehad over transparantie. Ik reken er dus op dat u een en ander opvolgt, ook bij uw collega-minister van Financiën, dat in oktober 2021 er echt vooruitgang wordt gemaakt en dat de betrokkenen minstens een maand à twee maanden de tijd krijgen om zich aan te passen.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

14 Questions jointes de

- **Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les décisions prises lors du Comité de concertation du 17 septembre 2021" (55020760C)**

- **Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le port du masque obligatoire" (55020762C)**

14 Samengevoegde vragen van

- **Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De beslissingen van het Overlegcomité van 17 september 2021" (55020760C)**

- **Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De mondmaskerplicht" (55020762C)**

14.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, deze vraag dateert van 17 september, de dag waarop het Overlegcomité de laatste keer samenkwam. Toen werd beslist dat mondmaskers vanaf 1 oktober niet langer verplicht waren in de horeca en winkels en dat de deelstaten hun eigen regels konden opleggen, zelfs de burgemeesters konden dat doen. Ik heb toen reeds mijn ongenoegen geuit over die kakofonie.

Vandaag is de situatie natuurlijk veranderd. Volgende week vrijdag vindt er een nieuwe vergadering van het Overlegcomité plaats. En dus pas ik mijn vraag een beetje aan.

Wij zien dat het aantal besmettingen toeneemt. De contacttracers krijgen het niet meer gebolwerkt. De hoogrisicocontacten krijgen alleen nog een sms, ze worden niet meer opgebeld. Zo komen wij precies een beetje in een gelijkaardig scenario als vorig jaar terecht, alleszins op het vlak van de opvolging van tests en van tracing. De CLB's vechten ook tegen de bierkaai. De geluiden daar zijn ook erg verontrustend, met betrekking tot tracing in de scholen maar ook over het feit dat kinderen veel lessen missen.

Wat denkt u van de huidige stand van zaken?

Denkt u dat het echt beter is om regio's en burgemeesters zelf te laten beslissen, in plaats van een uniforme aanpak te hebben?

Wat denkt u over de testcapaciteit? Het federale testplatform is gedownsized tot 3.000 tests per dag. Is dat voldoende?

Hoe gaat u ervoor zorgen dat de contacttracing niet opnieuw uitvalt?

14.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik ga mijn vraag ook een beetje aanpassen, want ze dateert ook van ten tijde van het vorige Overlegcomité. Er staat volgende week een vergadering van het Overlegcomité op de agenda.

Enkele minuten geleden werd gepubliceerd dat de Vlaamse regering ervoor pleit om in een derde boosterprik voor de gehele bevolking te voorzien. Hoe staat u daartegenover? Hoe zult u in aanloop naar het volgende Overlegcomité daaromtrent adviseren?

14.03 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Merckx, mevrouw Depoorter, als ik het goed begrijp, wordt er een vraag gesteld over de mondmaskers en een over de derde booster. Die vragen waren niet zo geformuleerd, maar ik neem u dat niet kwalijk. Dat is een nieuwe manier van werken, maar ik wil daar zo op antwoorden als u dat nuttig vindt.

Ik herhaal wat ik al eerder heb gezegd rond de mondmaskers. Wij hebben, en dat was een politiek evenwicht, op het laatste Overlegcomité een algemene verplichting gehandhaafd voor het dragen van mondmaskers op het openbaar vervoer op het hele Belgische grondgebied. Voor het overige hebben we het

beleid met betrekking tot de mondkmaskers overgelaten aan de deelstaten. U weet dat men in Brussel en Wallonië bijvoorbeeld in de winkels de mondkmaskerplicht handhaaft, terwijl men dat in Vlaanderen niet heeft willen doen.

Mijn persoonlijke mening is dat we de mensen vandaag toch moeten wijzen op het belang van mondkmaskers, zonder dat dit noodzakelijkerwijs een algemene verplichting impliceert. Ik wil dat verschil wel maken. Zeker met het oog op het aankomende griepseizoen is het nuttig dat mensen nadenken over het gebruik van een mondkmasker. Zeker wanneer men zich ziek voelt, is een mondkmasker een manier waarop men andere mensen beveiligd wanneer men in een gesloten ruimte komt. Als men zich ziek voelt of denkt COVID-19 te hebben, maar toch naar een winkel gaat, dan is het eigenlijk een kwestie van preventie en dus van hoffelijkheid ten aanzien van andere mensen dat men een mondkmasker draagt. Voor iemand die zich wat kwetsbaar voelt en in een gesloten ruimte komt te midden van mensen die hij niet kent en waar afstand houden moeilijk is, kan het een nuttige aanbeveling zijn om een mondkmasker te dragen.

Meer in het algemeen denk ik dat we, los van de vraag of we opnieuw naar verplichtingen moeten, wat vandaag niet voorligt, ons moeten afvragen of we niet een soort cultuur moeten hebben waar het mondkmasker een integraal deel uitmaakt van de dagelijkse preventie in het dagelijkse leven.

Dat is de juiste vraag, denk ik. Die vraag is een beetje bezoedeld omdat men van het mondkmasker een symbool heeft gemaakt van vrijheid of het gebrek aan vrijheid. Ik vind dat persoonlijk een verkeerde benadering.

Ik denk dat we mensen moeten aanbevelen om het mondkmasker te dragen wanneer ze in een gesloten ruimte komen waarin ze zich niet veilig voelen. Dit geldt zeker voor mensen die omwille van hun leeftijd of andere factoren wat kwetsbaar zijn of mensen die zich wat griepig voelen en denken dat ze misschien COVID-19 hebben. In dat geval is het een kwestie van preventie en beleefdheid naar anderen toe. Die reflex zouden we moeten hebben. Dat is iets anders dan het mondkmasker opnieuw als algemene maatregel opleggen in winkels. Dat ligt vandaag niet voor. Tot zover mijn persoonlijke visie daarop.

Met betrekking tot de derde prik, lees ik ook in het nieuws dat de Vlaamse regering de wens heeft uitgedrukt dat de hele bevolking een derde prik krijgt. Daarover is nog geen onderlinge communicatie geweest tussen de Vlaamse minister van Volksgezondheid en mezelf, en dit was dus ook voor mij nieuws.

De beslissingen in verband met boostervaccins worden genomen door de interministeriële conferentie Volksgezondheid op basis van wetenschappelijke adviezen die wij krijgen van de Hoge Gezondheidsraad en de taskforce Vaccinatie, die zich baseren op de evoluerende wetenschappelijke inzichten met betrekking tot werkzaamheid van de vaccins en de kracht en de besmettelijkheid van het virus. Op dit ogenblik is er voorzien in een boostervaccin voor immuungecompromiteerde patiënten en 65-plussers, ook buiten de woonzorgcentra. Dit proces loopt momenteel.

We hebben aan de Hoge Gezondheidsraad gevraagd om na te gaan welke volgende stappen moeten worden genomen.

We hebben de Hoge Gezondheidsraad ook expliciet gevraagd om na te denken over de zorgverleners en de personen met comorbiditeiten. We hebben ook duidelijk gemaakt dat we het nuttig zouden vinden dat we advies krijgen over mensen die het vaccin van Janssen of AstraZeneca hebben gekregen.

De bredere vraag, in casu wanneer het nodig zal zijn om alle Belgen een boostervaccin te geven, hebben we niet expliciet gesteld. Impliciet ligt die wel bij de Hoge Gezondheidsraad, vermits we hebben gevraagd om na te denken over verdere stappen. Ik denk wel dat het nuttig kan zijn om die vraag ook expliciet te stellen. Wanneer we opnieuw samenkomen met de interministeriële conferentie Volksgezondheid heb ik er geen enkel probleem mee om van daaruit die vraag expliciet te stellen aan de hoge Gezondheidsraad.

Voor alle duidelijkheid: dergelijke beslissingen neemt men op basis van wetenschappelijk advies. Alle ministers van Volksgezondheid hebben de Hoge Gezondheidsraad gevraagd om tegen begin november een wetenschappelijk advies uit te brengen over een boostervaccin voor de zorgverleners en voor mensen die nog geen 65 zijn maar wel comorbiditeiten hebben. We zijn ook geïnteresseerd in de mening van de Hoge Gezondheidsraad over de vaccins van Janssen en AstraZeneca en of daar, sneller dan bij de andere vaccins, een boosterprik nodig is. Ik durf niet zeggen wanneer we over dat laatste een advies zullen krijgen. Het advies over de zorgverleners en de personen met comorbiditeiten verwacht ik tegen begin november.

Impliciet is de vraag gesteld om over alle verdere stappen na te denken. Maar het is geen probleem om die vraag te expliciteren, namelijk wanneer een derde prik nodig zou zijn voor de hele bevolking.

Ik beklemtoon altijd bijzonder voorzichtig te zijn met publieke verklaringen ter zake omdat de wetenschap in dezen evolueert. Het virus is nieuw en het verrast ons steeds opnieuw. De vaccins zijn ook nieuw. Wij leren erover bij. Ze werken bijzonder goed, maar de werkzaamheid is natuurlijk niet blijvend, zoals bij de meeste vaccins.

Maar ik vind het wel belangrijk dat wij in dezen werken op basis van wetenschappelijk overleg.

14.04 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb op mijn vraag geen antwoord gekregen, want die ging meer over de beslissing dat elke regio eigenlijk zijn eigen regels kon toepassen. Vond u dat een goed idee tot nu toe, die hele kakofonie? Wordt u niet bang? Wij zien de eerste gevolgen al. De tracers kunnen niet volgen. De CLB's kunnen niet volgen. Kan het federale testplatform het hoge aantal tests wel aan? Gaan wij op dat vlak niet naar hetzelfde scenario als vorig jaar? Kunt u daar nog iets over zeggen, mijnheer de minister?

14.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Kunt u dat laatste nog eens herhalen?

Zoals u weet, mevrouw Merckx, geschiedenis is heel boeiend, maar ik doe daar niet veel aan. Ik keer niet vaak terug naar het verleden: hoe is die beslissing genomen, waarom is die beslissing genomen? Als dat nuttig is, doe ik dat, maar ik kijk liever vooruit.

En wat was uw tweede vraag?

14.06 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Bij de beslissingen die genomen zijn, moest iedereen zijn eigen beslissingen nemen. Ter zake kijkt u dus niet naar de geschiedenis.

Daarnaast is er nu de overload aan testen. De tracers kunnen niet volgen en het federale testplatform is nu eigenlijk gedownsized. Is er nu wel genoeg testcapaciteit?

14.07 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wij volgen ook op wat er gebeurt qua testing. U weet dat er vandaag veel discussie is over de moeilijkheid in de scholen. Dat hangt ook samen met de quarantaine, waar wij de komende week verder over zullen spreken in de IMC Volksgezondheid.

U weet ook dat ik hoop over een tiental dagen de artsen te hebben verlost van het schrijven van een attest voor iemand die een test nodig heeft en symptomatisch is. Ik hoop daarvoor een oplossing te krijgen.

Bovendien volgen wij ook op hoe het zit met de testcapaciteit zelf. Dat volgen wij ook. Ik kan u daar vandaag niet meer over vertellen, maar natuurlijk volgen wij dat.

Ook de contactopsporing en contracttracing is geen evidentie. Ik heb daarnet heel kort daarover gesproken. Ik zal dat niet herhalen, maar wij zijn natuurlijk ook in overleg met onze collega's.

14.08 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mevrouw de voorzitter, mijnheer de minister, ik zou nog kort willen repliceren.

U stelt dat u niet wil terugkijken.

La **présidente**: Mme Merckx, (...).

14.09 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mme la présidente, le ministre n'a pas répondu à ma question. Il n'a répondu qu'aux questions de Mme Depoorter. C'est pour ça que je l'ai demandé. Je crois que M. le ministre n'a pas été attentif.

Mijnheer de minister, het enige wat ik effectief constateer, is dat u stelt niet te willen terugkijken. Dat is echter net het probleem, namelijk dat er geen lessen worden getrokken uit de gemaakte fouten en dat ze opnieuw worden gemaakt.

Nu meende men van de problemen af te zijn. Elke regio zou eigen regels toepassen. Er zijn echter

duizenden pendelaars die tussen Brussel, Wallonië en Vlaanderen pendelen. De bevolking is met elkaar in contact. De hele kakofonie van regels overal alsook de bureaucratische manier waarop het tracen gebeurt, heeft als gevolg dat wij opnieuw tegen dezelfde problemen aanlopen als in 2020, hopelijk met niet zoveel doden en niet zoveel overbelaste mensen in de tweede lijn. In de eerste lijn is de situatie echter volledig onhoudbaar.

De huisartsen hebben dat al lang aan u laten weten. Ik stel vast dat de kakofonie blijft. Het virus houdt daar geen rekening mee.

14.10 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, ik ben het persoonlijk met u eens over de mondkmaskers. Ik ben ervan overtuigd dat het zelf bepalen of men een mondkmasker wil aandoen om zichzelf of zijn omgeving te beschermen tegen verkoudheid, covid of iets anders, een eigen keuze is. Dat moeten we overlaten aan de mensen.

De Vlaamse regering uitte de wens om de derde prik globaal uit te rollen. De vraag naar een algemene derde prik is blijkbaar wel nog niet gesteld aan de Hoge Gezondheidsraad. We kunnen toch refereren aan heel wat voorbeelden uit het buitenland. Ik ben net als u heel benieuwd naar het advies voor de zorgverstrekkers. Er is immers grote ongerustheid, ook over de comorbiditeiten en over Johnson & Johnson. Die zaken waren allemaal al geweten. Het is wel wat jammer dat we achterop hinken bij de vraagstelling van de globale derde prik. De vraag is volgens u impliciet gesteld, maar het was misschien beter om er een timing op te zetten en expliciet te vragen om voor het einde van het jaar een antwoord te krijgen. Zo zouden de vaccinatiecentra en de eerste lijn klaar zijn en zouden de mensen ook wel worden gerustgesteld. Dat is het belangrijkste. Onze bevolking moet weten waar we naartoe gaan en wat de wetenschappers ons daarbij adviseren. Misschien moeten we die vraag dan wel vrij urgent stellen.

14.11 Minister Frank Vandenbroucke: We spreken daar natuurlijk voortdurend informeel over met onze experts. Zij hebben tot nu toe altijd gezegd dat ze geen aanduiding zien voor de uitrol van de derde prik voor de hele bevolking. We weten anderzijds wel dat vaccins veelal hernieuwd moeten worden, afhankelijk van het soort vaccin en de infectieziekte. Dat is niet zo verwonderlijk. De vraag is dan wanneer er een zinvol wetenschappelijk advies kan worden gegeven.

Op basis van wat wij informeel van de experts hoorden, kunnen wij hier en nu nog geen zinvol advies krijgen. Er zijn intussen wel elementen die toelaten om iets te zeggen over specifieke doelgroepen. We krijgen op basis van studies uit het buitenland, niet uit ons eigen land, nieuwe inzichten over de duur van de werkzaamheid van het Janssen-vaccin. Op dat moment kan men aan een instantie als de Hoge Gezondheidsraad om een advies vragen. Er komt zeker een moment waarop we een advies over een derde prik voor de hele bevolking kunnen vragen.

Volgende week woensdag komt de IMC Volksgezondheid terug samen. Ik heb er geen probleem mee om die vraag dan te stellen. Er was ook geen enkel beletsel voor mijn Vlaamse collega van Volksgezondheid om ons te verwittigen dat men die vraag wil stellen. Dat was perfect mogelijk geweest, dan hadden wij die vraag al meteen aan de Hoge Gezondheidsraad gesteld.

14.12 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, u zegt zelf dat ons land later met de vaccinatie is begonnen. We zitten dus altijd een beetje achter op het buitenland. We kunnen daar gaan kijken hoe het verloopt en hoelang de vaccins ons immuniteit geven. We hadden dus ook kunnen anticiperen en al kunnen bekijken hoe hoog de nood was om aan de Hoge Gezondheidsraad te vragen of de volledige bevolking dat vaccin nodig heeft of niet.

U bent bereid om dat volgende week op de agenda te plaatsen. Ik zal daar zeker naar vragen.

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

15 Vraag van Sofie Merckx aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het gebruik van snelle antigeentesten" (55020764C)

15 Question de Sofie Merckx à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'utilisation de tests antigéniques rapides" (55020764C)

15.01 Sofie Merckx (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, op 10 september kregen we een update van de

procedures van Sciensano. Men stelde dat volledig gevaccineerde personen met mogelijke symptomen van covid vanaf nu ook met een snelle Ag-test getest mogen worden. Net zoals voor ongevaccineerde personen moeten de symptomen recent ontstaan zijn, dus minder dan vijf dagen geleden. Het is niet langer nodig om alle infecties na vaccinatie te sequencen. Bij patiënten die hospitalisatie vereisen wordt wel best nog steeds een PCR-test uitgevoerd, ongeacht de vaccinatiestatus.

Mijn vragen houden verband met het feit dat men steeds meer antigeentesten wil laten gebruiken. Hoeveel huisartsen voeren vandaag al snelle antigeentesten uit om de diagnose van covid te stellen? Hebt u een idee van de omvang van het gebruik van snelle antigeentesten voor diagnose? Hoe verhoudt het aantal antigeentesten zich tot het aantal PCR-testen voor covid-diagnose?

Vandaag kunnen de antigeentesten ook door apothekers uitgevoerd worden, maar in die setting worden ze niet terugbetaald. Denkt u aan een terugbetaling voor het uitvoeren van deze testen door de apothekers? Ten slotte, hoeveel apothekers voeren er vandaag al snelle antigeentesten uit?

15.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Wat de eerste vraag betreft, alle huisartsen hebben vandaag de mogelijkheid om snelle antigeentesten uit te voeren en de resultaten te rapporteren via een specifiek formulier dat beschikbaar is in hun softwarepakket. Er worden wekelijks 5.000 à 7.000 testresultaten verstuurd door de huisartsen.

Wat de tweede vraag betreft, er worden wekelijks 35.000 à 40.000 testresultaten van snelle antigeentesten gerapporteerd. Ik neem dus aan dat dat een indicatie geeft van het gebruik ervan voor diagnose.

Wat uw vraag naar de verhouding betreft, antigeentesten vertegenwoordigen 10 à 16 % van de gerapporteerde testresultaten in België.

Apothekers worden nu al ingeschakeld voor de afname en het uitlezen van terugbetaalde snelle antigeentesten, met het oog op diagnose bij symptomatische patiënten. Dat gebeurt bij wijze van proefproject in 327 apotheken. In functie van de evaluatie daarvan en van de verdere noden, kan dit eventueel uitgebreid worden. Sinds begin juli hebben al 2.375 apothekers sneltesten afgenomen.

15.03 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, u hebt niet gezegd hoeveel huisartsen snelle antigeentesten doen, maar misschien hebt u die gegevens niet.

15.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb gezegd dat er 5.000 à 7.000 testresultaten worden verstuurd door de huisartsen, maar degene die het antwoord heeft voorbereid, heeft de aantallen niet gegroepeerd per huisarts, waarschijnlijk omdat hij dat niet kon. Daarom heb ik het aantal huisartsen niet gegeven in mijn antwoord.

15.05 **Sofie Merckx** (PVDA-PTB): Dat is jammer. Ik vind dat het aantal antigeentesten dat wordt gebruikt om de diagnose van COVID-19 te stellen, nog veel te laag ligt. Ik weet niet waarom het project met terugbetaalde testen bij de apothekers nog steeds een proefproject is, maar wij moeten daar zeker op inzetten, om de huisartsen te ontlasten en de diagnoses sneller te kunnen stellen.

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

De **voorzitter**: Samengevoegde vragen nummers 55020920C van de heer De Caluwé en 55022116C van mevrouw Jiroflée worden uitgesteld.

16 Samengevoegde vragen van

- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De strategische voorraad van persoonlijke beschermingsmaterialen" (55020955C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De stand van zaken m.b.t. de strategische voorraad pbm's in het regeerakkoord" (55021483C)

16 Questions jointes de

- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La réserve stratégique d'équipements de protection individuelle" (55020955C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La situation en ce qui concerne le stock stratégique d'EPI dans l'accord de gouvernement" (55021483C)

16.01 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, om tijd te sparen, verwijs ik voor beide vragen naar de tekst van mijn vragen zoals ingediend. Met enkele van mijn subvragen vraag ik ook cijfergegevens op. Als het voor u gemakkelijker of minder tijdrovend is, stem ik ermee in dat u die subvragen schriftelijk beantwoordt.

Voormalig minister van Volksgezondheid Rudy Demotte liet in 2006 een voorraad van 38 miljoen mondmaskers aanleggen. Die voorraad kwam er naar aanleiding van een pandemieplan dat in 2003 door de toenmalige regering-Verhofstadt-II werd opgesteld en bestond naast mondmaskers ook uit onder meer uit schorten, injectiespuiten en -naalden.

Afgezien van een tweede aankoop van vijf miljoen mondmaskers in 2009 door voormalig minister van Volksgezondheid Laurette Onckelinx, wordt de voorraad nooit meer aangevuld en dat ondanks de passage van Mexicaanse griep in 2009 en het ebolavirus in 2014, met respectievelijk de verdeling van 10 miljoen mondmaskers in eigen land en 816.000 maskers aan zorgverleners in Afrika.

Door een gebrek aan een degelijk beheer van de voorraad worden de mondmaskers uiteindelijk om diverse redenen vernietigd. Een eerste vernietigingsronde in 2012 betreft een kleine 5 miljoen mondmaskers, een tweede in 2015 om en bij de 11 miljoen maskers en 8 miljoen injectiespuiten en naalden, waarna er in 2018 een finale vernietiging volgde van de resterende 22 miljoen mondmaskers.

Een en ander bleek begin 2020 een “strategische fout” met de “strategische voorraad” te zijn.

1. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de federale strategische voorraad van persoonlijk beschermingsmateriaal?

1) Waaruit bestaat deze?

2) Over welke volumes voor welk persoonlijk beschermingsmateriaal gaat het?

3) Waar en hoe wordt deze voorraad bewaard?

4) Wie is verantwoordelijk voor het beheer?

5) Door wie en hoe gebeuren de inspecties van de voorraad en welke is de frequentie?

2. In augustus 2021 werd bekend dat Vlaanderen zijn eigen voorraad van 16 miljoen chirurgische mondmaskers, 2,25 miljoen FFP2-maskers, 7,5 miljoen handschoenen en 750.000 schorten zal aanleggen en dat Vlaamse zorg- en welzijnscentra een noodvoorraad van drie maanden moeten aanleggen.

1) Heeft dit invloed op de federale strategische voorraad? Indien zo, op welke manier?

2) Is de minister op de hoogte van een gelijkaardig initiatief aan Waalse zijde?

Indien zo, waaruit bestaat dat initiatief?

Indien niet, welke concrete – al dan niet budgettaire – gevolgen zal dit hebben wanneer zich een nieuwe pandemie voordoet? Is er desgevallend een compensatie voor Vlaanderen?

In het regeerakkoord staat het volgende te lezen: “We bekijken hoe we de ontwikkeling en productie van strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen terug kunnen halen naar België en Europa om onze afhankelijkheid van derde landen te beperken”, alsook “De strategische voorraden met betrekking tot beschermend en medisch materiaal (inclusief materiaal aangepast aan de noden van kwetsbare groepen) worden verzekerd en de lokale productiemogelijkheden worden in kaart gebracht om onze afhankelijkheid van de internationale markt te verminderen bij een pandemische uitbraak.”

1. Hoever staat 'het bekijken' om de ontwikkeling en productie van strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen terug naar België en Europa te halen? Zijn er al concrete stappen gezet hierin? Over welke strategische geneesmiddelen en actieve bestanddelen gaat het?

2. Zijn de lokale productiemogelijkheden in kaart gebracht voor beschermd en medisch materiaal?

3. Op 13/11/2020 berichtte De Morgen dat er in dit land ondertussen 11 producenten van mondklappers zijn. Hoe evolueerde dat aantal? Over welke bedrijven gaat het?

4. Als antwoord op Schriftelijke vraag 419 werd gezegd dat de federale strategische stock in het buitenland werd aangekocht omdat er in eigen land nog geen productie was. Zijn er ondertussen al nieuwe aankopen geweest in het kader van de federale strategische stock? Zo ja, werden deze aankopen in bij Belgische bedrijven gedaan? Graag een overzicht van de aankopen, en bij welke bedrijven.

5. Hoever staan de ontwikkelingen van het plan van de roterende strategische federale stock? Zijn er al contacten geweest met Belgische producten om mee te werken aan deze roterende stock?

16.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Creyelman, ik kan u het antwoord op papier overhandigen. Als u uw vragen als schriftelijke vraag indient, dan kan het antwoord ook officieel gepubliceerd worden.

16.03 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, als u nu enkele woorden uitleg geeft, aanvaard ik graag het gehele antwoord op papier of per mail. Zodoende hebt u nu ook, volgens het Reglement van de Kamer, een antwoord gegeven op mijn mondelinge vragen.

16.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Creyelman, de federale voorraad omvat chirurgische mondklappers, FFP2- en KN95-maskers, isolatieschorten, *coveralls*, nitrilhandschoenen, beschermbrillen en gelaatsschermen. De volumes staan in een lange lijst met cijfers, die ik u overhandig.

De voorraad is opgeslagen bij een private logistieke firma in Hoogstraten. De magazijnen van die partner voldoen aan verschillende eisen, onder meer inzake temperatuur en vochtigheidsgraad. De verantwoordelijkheid ligt bij de FOD Volksgezondheid.

De inspecties vinden als volgt plaats. Er is een visuele kwantiteitscontrole door de logistieke firma bij ontvangst. Het FAGG en de FOD Economie waren verantwoordelijk voor de controle op respectievelijk de chirurgische mondklappers en de FFP2- en KN95-maskers door toepassing van het zogenaamd alternatief testprotocol.

Via de inventaris, die wordt aangeleverd door de privépartner, worden het stockniveau en de bijhorende houdbaarheidsdata gemonitord.

Er was ook de vraag of het Vlaamse deel invloed heeft op de federale voorraad. De federale strategische voorraad levert beschermingsmiddelen aan algemene en psychiatrische ziekenhuizen, test- en afnamecentra, individuele zorgverstrekkers en federale overheidsdiensten. De Vlaamse voorraad voor zorg- en welzijnscentra heeft daar dus geen invloed op. Wij hebben geen zicht op Waalse initiatieven.

Uw andere vraag wil ik liever schriftelijk beantwoorden, omdat het antwoord nogal veel details en verwijzingen naar raadsbeslissingen bevat. Is dat goed? (*Instemming*)

Voorzitter: Thierry Warmoes.

Président: Thierry Warmoes.

16.05 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de minister, als ik het goed heb begrepen, maakt u wel degelijk werk van de strategische stock, zowel wat de PBM's betreft als de geneesmiddelen en actieve bestanddelen.

Ik ga ervan uit – ik heb er niets over gehoord – dat u gekozen hebt voor een systeem van roterende stock, dat mevrouw De Block ooit wou initiëren. U zult dus de kwaliteit van onze stock goed in het oog moeten houden, zodat we hier over twee jaar niet opnieuw staan om vast te stellen dat de voorraad vernietigd is.

Ik wacht het schriftelijke gedeelte van uw antwoord af en als ik dan nog vragen heb, kom ik daar vanzelfsprekend op terug. Zult u mij die antwoorden per mail bezorgen? Dat lijkt mij het gemakkelijkst.

16.06 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ja.

16.07 Steven Creyelman (VB): Dank u.

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

17 Vraag van Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De diensten van de FOD Volksgezondheid" (55020994C)

17 Question de Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les services du SPF Santé publique" (55020994C)

17.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, dit is een deel van een vraag die ik eerder al had gesteld, maar waarvan een deel van het antwoord ontbrak. Het gaat over de FOD Volksgezondheid en haar rol in de coronapandemie. U hebt me al een lijst bezorgd met alle opdrachten die de FOD had en nog steeds heeft in het beheer van die crisis. Ik vind het echter belangrijk dat we ook een zicht krijgen op de exacte personeelsprofielen die aanwezig zijn of waren op de verschillende diensten. Kunt u ook een overzicht geven van de recente aanwervingen? Het is belangrijk dat wij daar een zicht op krijgen zodat wij bepaalde conclusies kunnen trekken of aanbevelingen kunnen doen met het oog op het beheer van een eventuele volgende crisis.

17.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Gijbels, ik heb een antwoord, maar het is onmogelijk om het voor te lezen. Ik heb gisteren het schriftelijke antwoord op uw schriftelijke vraag ondertekend. Ik wil u de tekst nu reeds meegeven, maar sowieso zult u het ook later nog eens ontvangen als het de formele procedures heeft doorlopen.

17.03 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, alle begrip daarvoor. Het betrof inderdaad een schriftelijke vraag die ik had omgezet in een mondelinge vraag omdat de antwoordtermijn was verstreken. Ik kijk uit naar de tekst.

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

18 Vraag van Dominiek Snelpe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Preventieve gezondheidszorg" (55021006C)

18 Question de Dominiek Snelpe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les soins de santé préventifs" (55021006C)

18.01 Dominiek Snelpe (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, in het regeerakkoord staat het volgende te lezen, ik citeer: "In samenwerking met de deelstaten moet de eerstelijnsgezondheidszorg worden gerevalueerd en verder versterkt. Binnen de financiering van de eerste lijn bevorderen wij de componenten die samenwerking en preventief en gericht handelen aanmoedigen. Daarbij zetten wij ook in op het bevorderen van de rol van de eerstelijnsgezondheidszorg in het bijzonder wat therapietrouw en preventie betreft."

Tegelijk lezen wij in een opiniestuk geschreven door de voorzitter van het Vlaams Apothekers Netwerk het volgende: "... met heel veel aandacht voor preventie. En daar knelt het schoentje. Preventie is politiek een bevoegdheid van de deelstaten. Die deelstaten beschikken echter niet over voldoende middelen en de winsten vloeien terug naar het federale niveau. Hetzelfde federale niveau dat telkens herhaalt dat preventie niet in hun opdrachtenpakket zit."

Hoe rijmt u de uitspraak "Hetzelfde federale niveau dat telkens herhaalt dat preventie niet in hun opdrachtenpakket zit" met de doelstelling van het regeerakkoord? Hoe bent u concreet van plan de preventie te ondersteunen op federaal niveau? Wat zijn de plannen om de deelstaten meer middelen te geven? Lopen er momenteel gesprekken daarover? Welke stappen zijn er het voorbije jaar gezet om de preventie in de gezondheidszorg te verbeteren?

18.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Snelpe, het preventief gezondheidsbeleid is, zoals u weet, een bevoegdheid van de deelstaten, met uitzondering van de ziekte- en invaliditeitsverzekering en de nationale maatregelen inzake profylaxis.

Het federaal niveau, in het bijzonder het RIZIV, behoudt bevoegdheden op het vlak van de preventieve zorg. Artikel 34 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen bepaalt immers het volgende: "De geneeskundige verstrekkingen betreffen zowel de preventieve als de curatieve verzorging."

Ter herinnering, gezondheidspreventie omvat alle activiteiten die toekomstige ziekterisico's verminderen. Er zijn over het algemeen drie soorten preventie: primaire preventie verwijst naar activiteiten die de kans op het ontstaan van een ziekte verkleinen, secundaire preventie wordt geassocieerd met acties die de ernst van de ziekte verminderen wanneer zij begint, tertiaire preventie omvat activiteiten die gericht zijn op het verminderen van het risico op terugval of complicaties.

Wij kunnen ook quaternaire preventie toevoegen, bestaande uit zoveel mogelijk revalideren na een ziekte. Het RIZIV is daarvoor verantwoordelijk.

Preventieve zorg is een integraal onderdeel van de preventiestrategie in alle vormen. De preventieve bijdrage van het RIZIV betreft de beperkte context van persoonlijk contact tussen zorgverlener en patiënt. Verstrekkingen met betrekking tot tertiaire preventie vallen bijvoorbeeld expliciet onder de verantwoordelijkheid van zorgverleners en worden dus gefinancierd door het RIZIV. Dat is met name het geval bij bepaalde tandheelkundige onderzoeken.

Om de preventieve zorg te versterken, investeert het federale niveau in het kader van zijn bevoegdheden of in samenwerking met bevoegde overheden op hun vraag en via tussenkomst van het RIZIV in verschillende projecten. In de voorbije jaren kunnen wij de ontwikkeling van verschillende projecten aanhalen die gericht zijn op bevolkingsgroepen met een lage toegang tot gezondheidszorg, in het bijzonder kwetsbare bevolkingsgroepen. Dat omvat met name projecten die gericht zijn op het versterken van gezondheidsvaardigheden, de oprichting van een intermediaire zorglijn, de ondersteuning van precare zwangere vrouwen en de introductie van interculturele bemiddelaars in ziekenhuizen en de eerste lijn.

Het RIZIV draagt ook bij tot de financiering van de screening die wordt georganiseerd in samenwerking met de gefedereerde entiteiten, die er verantwoordelijk voor zijn. Het betreft georganiseerde screening op borstkanker, screening op colorectale kanker, screening op baarmoederhalskanker, screening op mucoviscidose, screening op aangeboren ziekten.

Sommige vaccinaties, bijvoorbeeld tegen griep en tegen COVID-19, worden ook helemaal of deels gefinancierd door het federale niveau. U weet dat wij bijvoorbeeld 80 % financieren van de hele vaccinatiecampagne, inclusief alle operationele kosten, tegen COVID-19.

Ten slotte, financiert het RIZIV ook een informatiesysteem gewijd aan de gezondheidstoestand van de bevolking, dat risicofactoren documenteert die schadelijk zijn voor de gezondheid.

Ook in het kader van de IMC Volksgezondheid wordt in samenwerking met de deelstaten gestreefd naar een coherent preventiebeleid in België. Het creëren van een gezonde omgeving zal een belangrijke dimensie uitmaken van het gezondheidsbeleid. In functie van de prioriteiten die in samenspraak met de deelstaten worden bepaald, zullen in 2022 onder meer de volgende thema's aan bod komen: neonatale screening; identificatie van beleidsinitiatieven die nodig zijn voor het beleid inzake seksueel overdraagbare aandoeningen, met inbegrip van hiv; overschakeling van onderzoek door cytologie naar de HPV-test voor vroegtijdige opsporing van baarmoederhalskanker.

Alles wat te maken heeft met problematisch gebruik van middelen en gedragsverslavingen maakt ook deel uit van preventie op federaal niveau, maar wordt afzonderlijk behandeld in de thematische vergaderingen rond drugs van de IMC Volksgezondheid.

Ook hier wordt gestreefd naar een integraal beleid voor de aanpak van verslavingen.

Ten slotte werkt mijn administratie ook aan een federaal voedingsplan, waarin ook heel wat structurele maatregelen genomen zullen worden die een preventief effect hebben, denk aan de samenwerking met de industrie om minder zout en suiker in producten op te nemen.

Wij streven dus naar een integraal beleid, waar elk niveau binnen zijn bevoegdheden werk maakt van een gezondere levensstijl. Op federaal niveau gaat het vaak over het aanpassen van reglementering met een

preventief effect. Denk daarbij aan de accijnsverhoging op tabak, het verstrengen van de regels rond reclame voor tabak, het introduceren van de nutriscore enzovoort. Ik heb daarbij reeds uitgebreid stilgestaan in antwoord op eerdere vragen. Ook tijdens de covidcrisis hebben wij maatregelen genomen ter preventie van het verder verspreiden van besmettingen. Denk maar aan hygiënemaatregelen, de vaccinatiecampagne enzovoort.

Deze acties worden genomen in synergie en complementariteit met het bestaande systeem en met respect voor de verdeling van de bevoegdheden. Indien er onduidelijkheden zijn met betrekking tot de financiering, gaan wij in overleg met de deelstaten om tot een correcte verdeling te komen.

18.03 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, ik zal uw antwoord zeker nog eens moeten herkauwen, aangezien u het zeer snel hebt voorgelezen.

U hebt niet echt een antwoord gegeven op mijn vraag wat de plannen zijn om de deelstaten meer middelen te geven. Het probleem is dat de deelstaten investeren in een preventiebeleid, maar daarvoor niet de return krijgen. Dat is een probleem dat reeds langer dan vandaag gekend is, maar dat ik hier toch nog wel even wilde aankaarten.

Het is goed dat dit zeker meegenomen wordt in de besprekingen die uw collega's zullen hebben in verband met de volgende staatshervorming.

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

19 Vraag van Maggie De Block aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Social freezing" (55021019C)

19 Question de Maggie De Block à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le social freezing" (55021019C)

19.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, *social freezing* is een techniek om gameten in te vriezen om niet-medische redenen met de bedoeling om ze later te gebruiken. Vandaag worden vrouwen op steeds latere leeftijd voor de eerste keer zwanger. Meer en meer vrouwen zoeken hun toevlucht tot *social freezing*, ten gevolge van langere studies, levenskeuzes of professionele prioriteiten.

Voor *social freezing* is er tot op heden geen tussenkomst van de publieke, verplichte ziekteverzekering. De kosten voor het laboratorium voor geassisteerde medische voorplanting, de stimulatiegeneesmiddelen en het bewaren van de eicellen zijn ten laste van de patiënt. Aangezien *social freezing* nog steeds een dure medische ingreep is, is het ook niet voor iedereen financieel toegankelijk.

Mijnheer de minister, om welke redenen werd er voor deze ingreep tot nu toe geen terugbetaling voorzien?

Moet de overheid een inspanning doen om *social freezing* financieel toegankelijk te maken, om ervoor te zorgen dat alle lagen van de bevolking er in de toekomst toegang toe zouden kunnen krijgen?

Biedt een volledige of een gedeeltelijke terugbetaling hier een oplossing? Welke mogelijkheden zijn er? Op welke termijn acht u dat haalbaar?

Zult u met de betrokken zorgprogramma's inzake reproductieve geneeskunde over *social freezing* overleggen?

19.02 Minister Frank Vandenbroucke: *Social freezing* van gameten wordt niet door de verzekering gedekt. De belangrijkste reden daarvoor is dat het RIZIV zijn middelen prioritair moet kunnen inzetten om tegemoet te komen aan de behoeften van patiënten die omwille van hun gezondheidstoestand geen keuze hebben in hun situatie en die zonder medische tussenkomst niet de kans zouden hebben om te kiezen voor het al dan niet krijgen van een kind, ongeacht de tijdslijn van hun ouderschapswens.

Zo wordt in het kader van *oncofreezing* de prioriteit gegeven aan het gebruik van het budget dat aan deze problematiek is toegewezen voor het beheer van de pathologische indicaties. Het gaat om patiënten met kanker die een behandeling ondergaan die toxisch is voor de voortplantingsorganen of -cellen.

Er kan een analogie worden gemaakt met de niet-terugbetaling door het RIZIV van esthetische chirurgie als gevolg van persoonlijke levenskeuzes, dit in tegenstelling tot reconstructieve chirurgie die tot doel heeft pathologische situaties te behandelen.

Er zijn momenteel geen plannen om maatregelen te nemen om de terugbetaling van *oncofreezing* open te stellen voor sociale *freezing*. De bespreking hierover loopt en is bedoeld om de pathologische indicaties die in de vergoedingsovereenkomst zijn vastgesteld te verbreden. De idee is om de ongelijkheid te verminderen tussen patiënten die lijden aan pathologieën die hun de kans ontnemen om te kiezen en gezonde mensen, die vrij zijn om te kiezen wanneer ze hun verlangen naar het ouderschap willen bevredigen.

Gedeeltelijke terugbetaling is nu ook niet aan de orde, het budget blijft prioritair beschikbaar voor de uitbreiding van pathologische indicaties. De besprekingen tussen het RIZIV en de verschillende spelers in de zorgprogramma's met betrekking tot reproductieve geneeskunde zijn altijd open. Eventuele problemen kunnen worden voorgelegd aan het College van artsen-directeuren om de verschillende opties en keuzes te bespreken. Ziekenhuizen die *social freezing* aanbieden, moeten intussen uiteraard alle kwaliteitsnormen respecteren.

19.03 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, voor de niet-pathologische indicaties heb ik ook verschillende uitbreidingen voorzien, voor mensen die de keuze niet kunnen maken en die daar ten gevolge van bepaalde behandelingen een beroep op moeten doen om later nog een kind te kunnen krijgen. U hebt veel meer geld gekregen. Ik nam dan ook aan dat een tegemoetkoming in bepaalde omstandigheden mogelijk zou zijn, maar dat blijkt dus niet voor meteen te zijn.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

20 Questions jointes de

- Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La 3^{ième} dose de vaccin" (55021066C)

- Nawal Farih à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La troisième injection de vaccin contre le coronavirus" (55021103C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La troisième injection" (55021744C)

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La troisième dose de vaccin" (55021961C)

20 Samengevoegde vragen van

- Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De derde coronaprik" (55021066C)

- Nawal Farih aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De derde coronaprik" (55021103C)

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De derde prik" (55021744C)

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De derde prik" (55021961C)

20.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, on sait que la campagne de vaccination est fondamentale dans la lutte contre le covid. Nous assistons actuellement à une dégradation de la situation, même s'il ne faut pas faire de catastrophisme. Le taux d'occupation des soins intensifs est encore relativement raisonnable mais on constate que le nombre de contaminations augmente et que cette troisième dose a tout son intérêt, notamment pour les personnes immunodéprimées, pour les personnes présentant des comorbidités ou pour les personnes plus âgées, au-delà de 65 ans.

Je voulais attirer votre attention sur le fait que le personnel soignant a été vacciné très tôt, voici plus de six mois, en janvier et février. Il me semble dès lors qu'on devrait systématiser la troisième dose auprès du personnel soignant, au-delà de l'obligation de cette vaccination. Si on déclare cette obligation, on devrait y intégrer la troisième dose six mois après la deuxième dose. Cela me paraît important.

Monsieur le ministre, quel est le programme pour les moins de 65 ans? Le Conseil supérieur de la Santé s'est réuni ou doit se réunir. Quelle est votre vision des choses par rapport à cette troisième dose pour l'ensemble de la population dans un délai de six mois après la deuxième dose?

J'en viens maintenant à un débat important qui n'était pas repris dans le texte de ma question.

Monsieur le ministre, vous avez fait une déclaration sur la vaccination par les pharmaciens. J'insiste sur la cohérence des messages. Dans les centres de vaccination, on imposait la présence d'un médecin en cas d'intervention liée à des effets secondaires éventuels et on obligeait les patients à rester un quart d'heure ou vingt minutes sur place. Dans le cas où vous autoriseriez la vaccination par les pharmaciens, y aura-t-il la présence d'un médecin dans chaque pharmacie où ces vaccins seraient administrés? Cela me paraît difficile à mettre en application. Je souhaiterais qu'il y ait une cohérence dans les messages. Faut-il effectivement demander aux patients de rester sur place après une vaccination? La présence d'un médecin spécialiste est-elle requise? Quelle est la cohérence du message qui consiste à autoriser les pharmaciens à vacciner dans les officines sans la présence d'un médecin?

20.02 Nawal Farih (CD&V): Ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn vraag, omdat de minister al uitgebreid is ingegaan op de derde coronaprik.

Het mag duidelijk zijn: de vaccins werken goed. Zo zien we bijvoorbeeld dat mensen die omwille van een besmetting opgenomen worden in het ziekenhuis vooral niet of nog niet volledig gevaccineerd zijn, naast mensen bij wie het vaccin minder goed aanslaat.

In meer en meer Europese landen wordt er nagedacht over en worden er plannen gemaakt voor een derde dosis van het coronavaccin. Door de verspreiding van de Delta-variant en de verminderde efficiëntie van de vaccins ten aanzien van deze agressievere varianten van het virus, blijkt dit toch enigszins noodzakelijk te zijn voor mensen met een verzwakt immuunsysteem aangezien het vaccin minder effectief blijkt te zijn bij deze groep. Ook in België begint men weldra met deze volgende stap in de vaccinatiecampagne. Daarnaast werd echter beslist dat ook bewoners van woonzorgcentra een derde prik zouden kunnen krijgen en wordt ook al nagedacht over een uitbreiding naar alle 65-plussers.

Het EMA adviseerde enkele weken geleden dat een derde vaccinatieronde voor alle burgers voorlopig nog niet nodig is. Alleen mensen bij wie het gewone vaccin niet aanslaat zouden baat kunnen hebben bij een extra boosterprik. Ook het WHO is geen voorstander van de derde prik en heeft opgeroepen om ten minste tot eind september hier nog niet mee te beginnen, omdat dit ten koste zou gaan van de vaccinatieprogramma's in de armste landen.

Ik wil u volgende vragen stellen:

- Hoeveel dosissen van de vaccins zijn er reeds beschikbaar of besteld voor het plaatsen van een derde prik?

- Wanneer zou het plaatsen van deze derde prik beginnen bij de verschillende doelgroepen en hoeveel weken zullen nodig zijn voor deze campagne? Wordt er nagedacht om ook de apothekers te betrekken bij het vaccineren aangezien de vaccinatiecentra de deuren sluiten?

- Heeft er al voldoende onderzoek plaatsgevonden naar het nut van een derde dosis, de zogenaamde "boosterprik", voor de algemene bevolking?

- Wordt er ook al op langere termijn gedacht aan een uitbreiding naar andere doelgroepen, zoals bijvoorbeeld het zorgpersoneel of aan een herhaaldelijke, bijv. jaarlijkse, boosterprik voor bepaalde kwetsbare groepen of voor de volledige bevolking?

- In hoeverre wordt er rekening gehouden met de adviezen van het EMA en het WHO bij het uitstippelen van de verdere vaccinatiecampagne?

20.03 Robby De Caluwé (Open Vld): Ook ik verwijst naar de schriftelijke versie van mijn vraag.

De Hoge Gezondheidsautoriteit van Frankrijk wil dat alle medische contactberoepen een derde dosis van het coronavirus kunnen krijgen. Ook vrienden en familie van mensen met een verzwakt immuunsysteem moeten aanmerking maken op een extra prik.

Tot nu toe konden in Frankrijk enkel ouderen en risicopersonen een derde prik van het coronavirus

aanvragen. De Franse Hoge Gezondheidsautoriteit wil die extra prik echter uitbreiden naar zorgverleners, personeel in het medisch vervoer en professionals in de medisch-sociale sector. Het zou gaan om zo'n 3,5 miljoen mensen.

Wordt deze piste ook bekeken?

Acht u het noodzakelijk dat net zoals in Frankrijk zorgverleners ook een 3e prik krijgen

Een "boostervaccin" wordt momenteel al gegeven aan mensen met verlaagde immuniteit en bewoners van woonzorgcentra en de beslissing is ook al genomen om 65-plussers en patiënten van assistentiewoningen, dagverzorgingscentra, psychogeriatrische voorzieningen en psychiatrische verzorgingstehuizen een derde prik te geven. Zij worden de komende maanden ingepland, afhankelijk van onder meer wanneer ze hun eerste en tweede prik kregen.

Met de Europese bestelling zit ons land wel in een luxepositie op het vlak van vaccinvoorraad. Op die manier moeten eventuele volgende vaccinatiecampagnes niet meer afhangen van hoe snel de leveringen gebeuren, klinkt het bij de Taskforce Vaccinatie. Overschotten kunnen dan weer worden doorgegeven aan het Covax-programma van de VN.

Ongeveer twee maanden nadat in Israël een derde prik van het coronavaccin werd toegediend, is het aantal nieuwe besmettingen er aanzienlijk gedaald. Het Israëlische ministerie van Volksgezondheid meldt dat er zondag 3 oktober 2.653 nieuwe gevallen waren terwijl er vorige maand meer dan 11.000 nieuwe besmettingen per dag werden geregistreerd, het hoogste aantal sinds het begin van de pandemie. Op dat moment werden echter ook meer tests uitgevoerd.

Er is heel wat onwetendheid met betrekking tot de groep die vandaag in aanmerking komt om voor een derde prik.

Wat is de exacte timing?

Komt hier een betere communicatie over?

Wordt de optie overwogen om de gehele bevolking een derde prik te geven?

Wat is de argumentering?

Om de hoeveel tijd wordt die evaluatie gemaakt?

Worden er momenteel al modellen opgemaakt inzake planning en toelevering vaccins?

Hoe zou dit dan organisatorisch worden geregeld?

20.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Bacquellaine, vous avez soulevé une question qui n'était pas préparée. J'ai effectivement soulevé moi-même l'idée de laisser la possibilité aux pharmaciens d'administrer eux-mêmes les vaccins anticovid.

C'est une décision de principe qui a été prise en conférence interministérielle Santé publique. Nous avons estimé, lors de discussions sur la stratégie de vaccination, qu'il serait utile de permettre aux pharmaciens d'administrer les vaccins anticovid, mais pas d'autres vaccins.

Je me souviens très bien de vos interventions lors du débat sur la prescription du vaccin covid par les pharmaciens. Vous aviez fait remarquer que c'était délicat, qu'il pouvait y avoir des intérêts contradictoires. Votre intervention était, d'ailleurs, utile et je me rends compte que vous avez des soucis de cet ordre aussi en ce qui concerne la qualité.

Je crois, néanmoins, possible de permettre aux pharmaciens d'aider à la vaccination en vaccinant eux-mêmes dans les pharmacies des personnes qui se présentent pour la vaccination contre la covid. Vous avez raison de signaler que, si une telle législation passe et je me propose de déposer un texte de loi, elle devait être assortie des mêmes garanties, en ce qui concerne la surveillance, etc., que celles présentes dans les centres de vaccination ou dans un cabinet médical. C'est essentiel. Nous y reviendrons. Mais étant donné la

pression sur les médecins généralistes, il importe de prendre des mesures car la situation devient pour eux extrêmement difficile à gérer. En tout cas, c'est mon opinion.

En ce qui concerne la troisième dose, on a questionné le Conseil supérieur de la Santé sur l'opportunité d'une troisième dose pour le personnel soignant et les personnes de moins de 65 ans présentant des comorbidités. Nous recevrons l'avis du CST sur ces deux groupes cibles au plus tard le 3 novembre.

Entre-temps, le Conseil supérieur de la Santé se penche aussi sur la problématique de l'efficacité du vaccin Johnson&Johnson, dont on sait, sur la base non pas de nos expériences, mais sur la base d'études venant de l'étranger, que l'efficacité de ce vaccin diminue rapidement, ce qui peut nécessiter une deuxième dose.

Il faut donc peut-être une deuxième dose après l'injection unique de Johnson&Johnson. Le Conseil supérieur de la Santé (CSS) se penchera aussi sur cela. Il y a aussi des questions sur la durabilité de l'impact spécifique de l'AstraZeneca. Cette question, si je ne me trompe, est à l'étude au sein du CSS. Le 3 novembre, je recevrai un avis concernant le personnel soignant et les adultes de moins de 65 ans présentant des comorbidités.

Je crois que l'avis concernant le personnel soignant sera positif. Si c'est le cas, je crois qu'il faudra immédiatement lancer cette campagne. Le personnel soignant a droit à une protection optimale. Évidemment, comme toujours, il faut se baser sur des procédures et des avis scientifiques. C'est pour cela que je ne vais pas décider maintenant. Ce n'est d'ailleurs pas votre demande. Mais s'il y a un avis dans ce sens le 3 novembre au plus tard, il faudra immédiatement décider et lancer cette campagne de protection optimale pour le personnel soignant.

Pour la population générale, ceux qui n'ont pas 65 ans, qui n'ont aucune comorbidité et qui ne travaillent pas dans le secteur des soins, une question quelque peu ouverte a été formulée au CSS. De façon très ouverte, on lui a demandé de réfléchir aux étapes suivantes. Cette expression "étapes suivantes" permet au CSS de se prononcer aussi sur la population en général.

À vrai dire, je crois qu'il se focalise à présent sur les personnes avec comorbidités, le personnel soignant, Johnson&Johnson, AstraZeneca.

Il est peut-être utile de demander explicitement au CSS de se pencher sur la population générale, quand il étudie la question de la dose *booster* de vaccin. Je viens d'ailleurs d'apprendre que le gouvernement flamand veut aussi poser cette question sur la population générale. Nous allons sans doute poser explicitement cette question au CSS.

20.05 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. En ce qui concerne la troisième dose, je vous suis tout à fait.

En ce qui concerne la vaccination par les pharmaciens, j'insiste vraiment pour qu'il y ait un message axé sur la sécurité des patients. Dans les centres de vaccination, nous avons demandé aux patients de rester un certain laps de temps avant de repartir. Nous ne pouvons pas renoncer à cette même exigence de surveillance médicale dans le cadre d'une vaccination dans des officines pharmaceutiques. Je crois qu'il faut vraiment insister sur la cohérence du message et sur la sécurité du patient.

Je me demande aussi s'il ne serait pas opportun d'obtenir le relevé du nombre d'interventions médicales dans les 20 minutes suivant une vaccination dans les centres de vaccination depuis le mois de mars en Belgique. Peut-être disposez-vous de ce document? Ce serait intéressant de connaître ce chiffre qui nous permettrait de mesurer la nécessité de l'intervention et de la surveillance médicale de cette vaccination.

Je vous remercie pour les précisions ultérieures que vous pourrez nous apporter à cet égard.

20.06 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, wij mogen inderdaad niet overhaast te werk gaan. Wij moeten ons baseren op de wetenschappelijke inzichten. Anderzijds moeten de eerstelijnszones zo snel mogelijk duidelijkheid krijgen. Eerst kregen zij het bericht dat ze moesten afbouwen en nadien dat ze hun werking moesten verlengen.

Vanuit Vlaanderen is nu het signaal voor de verlenging gekomen. Ik meen dat u nu voor een moeilijke oefening staat, samen met de regio's, maar ik ben ervan overtuigd dat u eruit zult geraken. Veel succes

daarmee.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

21 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les conditions de travail des médecins assistants candidats spécialistes" (55021068C)

21 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De arbeidsomstandigheden van de artsen-specialisten in opleiding" (55021068C)

21.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le président, monsieur le ministre, depuis quelques semaines, dans les hôpitaux et sur les réseaux sociaux, les médecins assistants candidats spécialistes (MACS) ne cachent pas leur mécontentement. En effet, ils ont découvert l'impact de la nouvelle convention collective de travail dans leur quotidien à l'hôpital. Certains sont fortement déçus parce qu'ils ont notamment perdu plusieurs jours de congés avec ce nouveau contrat.

Dans la nouvelle convention de travail, il ne reste que 20 jours de congés par an. Auparavant, les MACS pouvaient compter sur 30 jours par an. Il faut également savoir que les 20 jours de congés légaux sont prévus pour un temps plein de 38 heures, alors qu'ils travaillent souvent jusqu'à 48 heures.

De plus, la nouvelle convention ne prévoit plus un nombre maximum de gardes à prester par mois, comme c'était le cas dans leur précédent contrat. Déjà en juin dernier, ils avaient attiré l'attention des autorités sur cet aspect.

Le nouveau contrat des médecins assistants candidats spécialistes amène une perte de 10 jours de congés et le risque d'une hausse du nombre de jours de garde. De nouvelles actions d'arrêt de travail pourraient être menées. La convention n'atteint donc pas tout à fait le but attendu.

Monsieur le ministre, qu'allez-vous concrètement entreprendre pour garantir un statut correct à ces médecins assistants candidats spécialistes? Quelles sont les pistes d'actions envisagées? De nouvelles rencontres avec les associations de MACS sont-elles prévues?

21.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Bacquelaine, je suis de près et avec intérêt les discussions menées au sein de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux. J'ai d'ailleurs demandé au président de celle-ci de me tenir régulièrement informé des avancées réalisées.

J'ai demandé à M. De Cock de me fournir un rapport sur l'exécution par les hôpitaux de la décision selon laquelle il faut établir des contrats sérieux et uniformisés car j'ai appris qu'il y avait une volonté dans certains hôpitaux de ne pas appliquer l'accord. Je ne suis pas encore en possession de ce rapport.

Cette commission paritaire médecins-hôpitaux est compétente pour rendre des avis sur tout ce qui a trait aux relations juridiques entre médecins hospitaliers et gestionnaires d'hôpitaux. Elle est aussi habilitée à conclure des conventions collectives.

Vous avez fait référence à la convention collective du 19 mai 2021 sur les conditions de rémunération et de travail des médecins spécialistes en formation. Ces derniers ont un statut complexe, qui les considère comme des indépendants au regard du droit du travail, tout en les faisant bénéficier partiellement de la protection liée au statut de travailleur salarié dans le cadre de la sécurité sociale. Ajoutons à cela que ce statut est compliqué par le rôle de formateur du maître de stage qui interfère dans la relation classique employeur-travailleur.

Il y a de nombreux aspects à cette problématique. Il y a les thèmes relatifs au droit du travail, par exemple une rémunération correcte pour diverses prestations et des horaires de travail raisonnables avec contrôle effectif. Il faut également être attentif au fait que les médecins spécialistes en formation ne bénéficient pas de la constitution de pension ni d'allocations de chômage. Il faudra y remédier, je l'ai promis.

Leur situation en cas d'absence pour maladie est traditionnellement aussi précaire.

Une autre préoccupation est le renforcement de la qualité de la formation. Il est clair qu'il faut plus de standardisation. La situation des médecins spécialistes en formation diffère d'un service à l'autre, d'un

hôpital à l'autre et parfois aussi entre le nord et le sud du pays.

La convention collective conclue en mai n'apporte pas de réponses à toutes les questions en suspens. Il s'agit d'un accord qui fournit un cadre minimal sur les aspects de la rémunération et un contrat de formation standardisé. Je souligne qu'il s'agit d'un cadre minimal. En effet, la convention prévoit ainsi un minimum de 20 jours de congés par an. Je regrette vraiment que certains hôpitaux interprètent cela comme un maximum. Ce n'est pas un maximum. C'est un minimum. Ce sont des anecdotes telles que celle-là qui m'ont incité à demander un rapport à M. De Cock sur ce qu'il se passe au niveau des hôpitaux.

Une rubrique FAQ est préparée par la Commission et publiée sur le site web du SPF Santé publique. L'objectif de ce texte est d'explicitier la convention sur la base des questions posées à la Commission et d'assurer une interprétation et une application uniformes de la convention collective. Cette rubrique FAQ doit être mise à jour régulièrement sur la base des questions et préoccupations les plus récentes.

La problématique sera davantage discutée et développée au sein d'un groupe de travail spécifique de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux où tant les hôpitaux et les médecins que les médecins spécialistes en formation sont toujours représentés. Par le biais d'échanges par courriel et de discussions lors de la dernière réunion du groupe de travail, le 16 septembre, certains des éléments que vous mentionnez ont déjà été évoqués et discutés. À ce propos, le président a clairement indiqué que l'évolution de la convention collective était un processus de longue haleine. Tous les partenaires de la discussion ont, bien sûr, à tout moment, la possibilité de soumettre leurs points d'attention. Une réunion du groupe de travail était prévue le jeudi 18 octobre 2021.

Dans la convention collective et l'avis qui l'accompagne, il a toujours été clairement indiqué que le texte approuvé ne constituait qu'une première phase d'un plan d'action global visant à améliorer les conditions de rémunération et de travail et la protection sociale des médecins spécialistes en formation et à garantir des conditions sociales préalables pour l'exécution qualitative de la formation dans l'intérêt des patients.

21.03 Daniel Bacquelaine (MR): Merci, monsieur le ministre, pour votre réponse. Je constate que vous êtes attentif à cette problématique et je m'en réjouis. Nous resterons aussi particulièrement attentifs au statut des médecins assistants candidats spécialistes. Je pense que cela participe, globalement, à la qualité des soins en milieu hospitalier. Nous avons vu combien ces médecins assistants candidats spécialistes avaient été pour le moins nécessaires et utiles dans le cadre de la lutte contre le covid-19. Nous leur devons, à cet égard, une certaine considération. Je me réjouis donc que nous puissions ensemble travailler à l'évolution d'un meilleur statut pour ces personnes.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

22 Question de Daniel Bacquelaine à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pénurie d'ambulanciers" (55021070C)

22 Vraag van Daniel Bacquelaine aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het tekort aan ambulanciers" (55021070C)

22.01 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, les secouristes-ambulanciers ont été fortement mis à l'épreuve durant la pandémie. Avec près de 10 000 postes en Belgique, ce secteur joue un rôle fondamental dans l'organisation de nos soins de santé et, en particulier, dans celle des soins de santé urgents.

Il semblerait que les secouristes-ambulanciers du 112 soient en nette pénurie. Il y a trop peu de candidats et, parmi les ambulanciers, nombreux sont ceux qui quittent la profession relativement tôt. On remarque qu'après cinq à dix ans, les ambulanciers quittent le métier, considérant recevoir peu de considération par rapport à l'importance de leur métier. Nous devons être attentifs à cela car nous avons besoin des secouristes-ambulanciers pour notre système de santé et cela impliquerait à terme une revalorisation salariale correcte.

Dans quelle mesure n'est-il pas nécessaire aujourd'hui de mettre au point un plan d'action pour favoriser le métier d'ambulancier et de secouriste-ambulancier et faire en sorte que cette profession rencontre des conditions de travail plus attractives? Il nous faut lutter contre cette pénurie et faire en sorte de bénéficier de services ambulanciers aussi performants que possible.

22.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Bacquelaine, pour ce qui concerne les conditions de travail et le vécu des professionnels de la santé, je peux vous confirmer que j'ai des contacts avec les acteurs de la profession de secouriste-ambulancier, avec leurs associations représentatives ainsi qu'avec d'autres associations représentatives de professionnels de la santé.

Je suis bien conscient des défis budgétaires dans l'aide médicale urgente qui peuvent certainement avoir un impact sur les conditions de travail des ambulanciers. Cependant, je me garde bien de faire de grandes promesses, puisque je veux regarder ce dossier dans sa globalité. Nous devons aller de l'avant en matière de qualité des services via des normes d'agrément qui sont actuellement en cours d'élaboration. Nous devons analyser ensuite l'offre optimale à prévoir et, enfin, il faut regarder les besoins budgétaires.

Par ailleurs, vous avez plus que raison quand vous dites que la situation sur le marché du travail des professionnels de la santé, qu'il s'agisse de secouristes-ambulanciers, de soignants ou d'infirmiers, est très semblable et que c'est un grand défi d'améliorer l'attractivité du secteur soignant.

22.03 Daniel Bacquelaine (MR): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse. J'attire toutefois votre attention: il serait peut-être bien de définir une catégorisation des secouristes-ambulanciers, puisque beaucoup d'entre eux sont parfois envoyés toute une journée sur des missions qui ne sont pas véritablement urgentes. C'est un problème par rapport à la motivation des secouristes-ambulanciers. Il serait dès lors peut-être utile, dans le cadre de l'aide médicale urgente et de la politique des ambulanciers, de mieux différencier les situations de réelle urgence des missions qui s'assimilent plus à du transport de malades. Il y a parfois là une confusion des rôles qui démotive un certain nombre de secouristes-ambulanciers.

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

23 Vraag van Dominiek Sneppe aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De sluiting van de vaccinatiecentra" (55021124C)

23 Question de Dominiek Sneppe à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La fermeture des centres de vaccination" (55021124C)

23.01 Dominiek Sneppe (VB): Mijnheer de minister, deze vraag is achterhaald en zelfs al behandeld, maar indien u nog wat bijkomende informatie hebt, dan hoor ik dat graag. Ik verwijz dus naar de schriftelijke versie.

Op 15 oktober sluiten de vaccinatiecentra. Dat terwijl de vaccinatiecampagne wel nog loopt. Het is dan ook niet duidelijk wie de spuitjes zal zetten na die datum. Veel hangt af van welke groepen een derde prik zullen mogen/moeten krijgen. Volgens Domus Medica kunnen de huisartsen dat wel aan als het enkel over de risicopatiënten gaat, maar als de derde prik zou uitgebreid worden naar alle 65+ zou dat ondoenbaar zijn. Ze willen daar graag zo vlug mogelijk duidelijkheid over.

Daarover volgende vragen:

Wanneer worden de doelgroepen voor de derde prik vastgelegd?

Wanneer worden de huisartsen ingelicht of zij vanaf 15 oktober de vaccins zullen toedienen?

Hoe ziet u dat te combineren met de grieprik die vanaf die datum ook geprikt wordt?

23.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Sneppe, misschien is het nuttig dat ik enkele precieze dingen herhaal. Het is jammer dat u niet aanwezig was tijdens het breder debat daarnet.

Ten eerste, door de interministeriële conferentie is het volgende vastgelegd. Ten eerste, alle personen van 65 jaar en ouder krijgen een booster-mRNA-vaccin aangeboden. Voor dat type vaccins zijn de klinische studies over de boostereffecten immers het meest robuust en overtuigend. Dat boostervaccin wordt aangeboden minstens vier maanden na de tweede prik van AstraZeneca of de enige prik van het Johnson & Johnsonvaccin en minstens zes maanden na de tweede prik van het Pfizer- of Modernavaccin. In de praktijk zullen de meeste personen van 65 jaar en ouder aldus voor het einde van dit jaar uitgenodigd worden voor

hun boosterprik.

Ten tweede, aan patiënten en oudere bewoners van woonzorgcentra, assistentiewoningen, dagverzorgingscentra, psychogeriatrische voorzieningen en psychiatrische verzorgingstehuizen wordt ook een boostervaccin aangeboden.

Ten derde, sinds eind september wordt al aan mensen vanaf 12 jaar met een verminderde immuniteit een derde dosis aangeboden. Daaraan worden nu alle mensen met het syndroom van Down toegevoegd, dus ook als zij jonger zijn dan 65. Studies tonen immers aan dat zij een beperktere immuniteitsrespons hebben en dus een derde dosis zouden moeten krijgen.

U vroeg wanneer de huisartsen worden ingelicht en of zij vanaf 15 oktober de vaccins zullen toedienen. Die prikken zullen voornamelijk in de vaccinatiecentra worden toegediend. Net zoals voordien zullen er mobiele equipes met huisartsen worden ingezet voor patiënten die om medische redenen niet naar het vaccinatiecentrum kunnen komen.

De combinatie met de grieprik verloopt als volgt. De extra prik of booster en het griepvaccin kunnen perfect gelijktijdig worden toegediend. Het komt de Gemeenschappen en de eerstelijnszones toe om dat logistiek te organiseren.

23.03 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de minister, bedankt om alles nog eens mooi op een rijtje te zetten. Uw antwoord bevat niet veel nieuwe elementen, want we hebben al heel wat kunnen lezen in de pers en ook in het voorgaande debat hebt u al heel wat meegedeeld. Bedankt voor uw antwoord.

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

24 Samengevoegde vragen van

- **Frieda Gijbels aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiestatus van de in de ziekenhuizen opgenomen covidpatiënten" (55021128C)**
- **Dominiek Sneye aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De pandemie van niet-gevaccineerden" (55021172C)**

24 Questions jointes de

- **Frieda Gijbels à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le statut de vaccination des patients covid hospitalisés" (55021128C)**
- **Dominiek Sneye à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La pandémie de personnes non vaccinées" (55021172C)**

24.01 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, Sciensano brengt op regelmatige basis rapporten over onder andere de hospitalisatie van covidpatiënten uit. Op een gegeven moment is het agentschap gestopt met de vermelding van de vaccinatiestatus van de opgenomen covidpatiënten, omdat, zo geeft Sciensano als reden op, niet alle ziekenhuizen meer deelnemen aan de ziekenhuissurveillance, waardoor er een zekere hoeveelheid data zou ontbreken.

Mijn vraag dateert van enige tijd geleden. Ondertussen is gebleken en bevestigd door Sciensano dat van 70 % van de wegens COVID-19 in het ziekenhuis opgenomen patiënten de vaccinatiestatus niet bekend is, althans niet bij Sciensano. Waar zijn de ziekenhuizen die niet meer deelnemen aan de surveillance gesitueerd? Is daar een bepaalde reden toe? Welke?

Hoe komt het dat andere overigens vrij gedetailleerde data zoals de onderliggende aandoeningen, wel worden weergegeven? Zijn die data soms ook weinig representatief en gaat het ook maar om een beperkt aantal patiënten van wie we dergelijke gegevens hebben?

Ten slotte, volgens de Commissie voor Toegang tot Bestuursdocumenten zijn de gegevens die door de ziekenhuizen aan Sciensano worden aangeleverd openbaar. Waar kunnen ze worden geraadpleegd? Wie beslist wat openbaar wordt gemaakt en heeft de FOD Volksgezondheid daar een bepaalde inbreng in?

24.02 Dominiek Sneye (VB): Mijnheer de minister, in een van de vorige epidemiologische rapporten van Sciensano staat inderdaad te lezen dat de ziekenhuizen de vaccinatiestatus niet meer doorgeven. Nochtans beweerde de eerste minister onlangs dat de pandemie er een is van niet-gevaccineerden. Volgens zijn

bronnen zouden de meeste covidpatiënten in ziekenhuizen niet-gevaccineerden zijn. In het rapport staat eveneens dat het aandeel gehospitaliseerde patiënten met een onbekende vaccinatiestatus 71 % bedraagt.

Dat roept heel wat vragen op.

Kunt u ons een overzicht geven over welke ziekenhuizen meedoen aan de klinische surveillance en welke niet? Beschikt de regering over meer informatie over de vaccinatiestatus van gehospitaliseerde patiënten dan Sciensano? Eerste minister De Croo verklaarde namelijk op de persconferentie na het Overlegcomité op 17 september dat de epidemie er een van de niet-gevaccineerden aan het worden is en dat de afdelingen intensieve zorg verzamelplaatsen van niet-gevaccineerden zijn. Op basis van welke cijfers doet de regering die uitspraken?

Hoeveel van de slachtoffers die overleden aan COVID-19 waren volledig gevaccineerd, hoeveel van hen waren deels gevaccineerd en hoeveel waren er niet gevaccineerd, opgesplitst volgens comorbiditeit of niet? Graag kreeg ik een overzicht van deze data sinds 1 april 2021.

24.03 Minister **Frank Vandenbroucke**: Vooreerst moet er een en ander worden rechtgezet. Het is zeker geen verwijt aan de betrokken krant, maar ik las vanmorgen in een krant dat we van 71 % van de mensen die gehospitaliseerd zijn de vaccinatiestatus niet kennen. U hebt daar beiden naar verwezen. Dat is achterhaalde informatie. Dat is niet meer juist.

Die informatie stond in het laatste wekelijkse rapport van Sciensano en was gebaseerd op gegevens voor de week van 13 tot 19 september, gegevens die zelf al wat ouder zijn, want die worden met vertraging opgeleverd. In die oudere gegevens was er inderdaad een onbekende status voor 71 % van de patiënten. Dat is gelukkig niet meer het geval. Vandaag weten we veel beter wie van de gehospitaliseerde patiënten gevaccineerd is en wie niet. We kunnen dus dag na dag het onderscheid maken in de cijfers tussen de niet-gevaccineerden en de gevaccineerden.

Voorts is het vervelende bij dergelijke vragen, die zeker terecht zijn, dat ze zelf al hier met vertraging behandeld worden en de informatie in mijn antwoord ook al een paar dagen oud is. We hebben altijd nieuwe en betere informatie. Ik wil dus graag verwijzen naar de persbriefing van vanmorgen van de regeringscommissaris, de heer Facon.

Hij heeft daar de meest recente gegevens over de verhouding tussen gevaccineerden en niet-gevaccineerden in ziekenhuizen en op intensieve zorgen ter beschikking gesteld. Ik geef dat mee als achtergrond.

U vroeg of u een overzicht kunt krijgen van de ziekenhuizen die meedoen aan de klinische surveillance en welke niet. Ik heb een overzicht voor augustus 2021. Daaruit blijkt dat het in de provincies Limburg, Luik, Luxemburg en Brussel om minder dan 30 % van de patiënten ging. In andere provincies lag dat percentage een stuk hoger, zeker met september meegerekend. Ik kan u een volledige tabel geven, maar ik zal ze niet voorlezen. De tabel slaat op juli, augustus en september. Voor Vlaams-Brabant was het bijvoorbeeld 100 %, terwijl het voor Antwerpen 86 % was.

De vaccinatiestatus per leeftijdsgroep bij de gehospitaliseerde patiënten vindt u op de website van Sciensano. We hebben op 23 september aan de federale gezondheidsinspecties gevraagd om alle ziekenhuizen te contacteren om een echt goede momentopname te krijgen van alle covidpatiënten in de ziekenhuizen en hun vaccinatiestatus. We hebben daar heel wat informatie uit gehaald. We weten ook wel wat meer over de overlijdens. Informatie over de reden van overlijden en de aanwezigheid van comorbiditeiten onder de gevaccineerden bij de algemene bevolking hebben we echter niet. Het is dus niet zo gemakkelijk om daar een heel precies antwoord op te geven.

De volgende informatie dateert van 15 oktober. Op basis van de niet-exhaustieve klinische surveillance van de ziekenhuizen tot 28 september waren er onder de gehospitaliseerde covidpatiënten 2.145 overlijdens ten gevolge van COVID-19. Van deze 2.145 overleden patiënten waren er 104 of 4,8 % volledig gevaccineerd, 349 of 16,3 % gedeeltelijk gevaccineerd en 1.692 of 78,9 % niet gevaccineerd. Dat zegt toch iets over het belang van de vaccinatie.

Van de 104 volledig gevaccineerde overleden patiënten hebben we informatie over comorbiditeiten voor 89 patiënten. Daarvan hadden er 86, dus bijna allemaal, ten minste één comorbiditeit. Van de 1.692 niet-

gevaccineerde overleden patiënten hebben we informatie over comorbiditeiten voor 1.378 personen. Daarvan waren er 1.247 met ten minste één comorbiditeit. Dat is ook veel. Men kan dus eigenlijk zeggen dat zowel bij de gevaccineerden als bij de niet-gevaccineerden de overgrote meerderheid van de overleden gehospitaliseerde patiënten minstens één comorbiditeit had.

Ik denk te mogen zeggen dat de vaccins bijzonder goed werkzaam zijn, maar niet voor 100 %. Dat is met elk vaccin het geval. Daarmee vat ik echter veel informatie samen en u weet dat die van dag tot dag evolueert. Mensen met comorbiditeiten zijn kwetsbaarder, veel kwetsbaarder zelfs als ze niet gevaccineerd zijn, maar helaas ook wanneer ze wel gevaccineerd zijn. Wanneer het virus zo sterk circuleert als vandaag, moeten we de bevolking toch zeggen dat ze voorzichtig moet zijn. Dat geldt zeker voor de kwetsbaren.

Mevrouw Gijbels, ik val in herhaling, maar er is een goede reden waarom we de Hoge Gezondheidsraad hebben gevraagd om in het eerstkomende advies specifiek na te denken over de noodzaak van een boostervaccin voor het jongere deel van de bevolking met een comorbiditeit. Er zijn daar goede redenen voor.

24.04 Frieda Gijbels (N-VA): Mij hoeft u niet van het nut van een vaccin te overtuigen, net daarom vind ik het jammer dat er zo lang onduidelijk is gecommuniceerd, vooral over de gehospitaliseerde covidpatiënten. U zegt dat de informatie achterhaald is en dat u nu wel over recente informatie beschikt over de vaccinatiestatus van gehospitaliseerde patiënten. Sciensano heeft daar lang niet over gerapporteerd. Ik begrijp dat niet, omdat dat mensen die wantrouwig staan tegenover vaccinatie of er niet in geloven, net voeding geeft. Ik vind dat daar heel correct en transparant moet over worden gecommuniceerd. De lacune in de aangeleverde gegevens heeft alleen maar het wantrouwen in de vaccinaties en in de overheid doen toenemen. Gelukkig is de situatie nu in orde, maar ik vind het jammer dat het zo lang heeft geduurd eer aan het probleem geremedieerd werd.

24.05 Dominiek Snelpe (VB): Het is pijnlijk dat het voor de zoveelste keer in deze crisis misliep met de informatie, om nog maar te zwijgen van het feit dat we achterophinken wanneer het gaat om de juiste cijfers.

Op welke gegevens baseerde de eerste minister zich om een dergelijke uitspraak te doen? Zijn uitspraak is uiteindelijk juist gebleken, nu we beschikken over de correcte gegevens. Maar dat kon hij destijds niet weten. Ik vind het beneden alle peil dat een staatshoofd een dergelijke uitspraak doet, waardoor tweedracht wordt gezaaid bij de bevolking, zijn ploeg van elf miljoen. Ik vond het een zeer vreemde en pijnlijke uitspraak.

Hoe dan ook, we zijn tevreden dat er nu beter cijfermateriaal ter beschikking komt. Wij zullen onze tijd nemen om dat aandachtig te bekijken en u daar eventueel later nog vragen over stellen.

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

25 Question de Patrick Prévot à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement des prothèses auditives" (55021164C)

25 Vraag van Patrick Prévot aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van hoorapparaten" (55021164C)

25.01 Patrick Prévot (PS): *Monsieur le Ministre,*

La Belgique compte quelque 1.300.000 déficients auditifs, tous degrés confondus, dont 90.000 sourds. Selon l'OMS, ce chiffre ne fera qu'augmenter dans les prochaines décennies. L'organisation évalue que près de 2,4 milliards de personnes dans le monde – soit une personne sur quatre (!) – souffrira de déficience auditive d'ici à 2050 et qu'il est important d'investir dans les soins auditifs en les rendant plus largement accessibles.

En Belgique, le prix de ces prothèses pourrait monter jusqu'à 2550€ par oreille. Malgré une intervention de l'INAMI, le coût des prothèses auditives reste trop important pour toute une frange de la population de notre pays. Selon un rapport 2020 rédigé par l'Observatoire social européen, « les appareils auditifs ont (...) été souvent mentionnés comme étant difficiles à acheter par des personnes en situation précaire. Les équipements cassés ne sont parfois pas remplacés en raison de leur coût. »

Monsieur le Ministre,

•Pouvez-vous communiquer sur l'évolution du nombre de remboursements octroyés par l'INAMI dans le cadre des prothèses auditives ?

•En 2021, quel est le coût moyen à charge des patients pour une prothèse auditive mono et stéréophonique ?

•L'article 31 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984, établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, définit les conditions de remboursement d'un appareil auditif en Belgique. Est-il envisagé de revoir cet article ?

Je vous remercie pour vos réponses.

25.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur Prévot, j'ai un souci car j'ai uniquement des tableaux et des dizaines de chiffres. C'est un peu difficile. Je n'ai aucun souci à vous les donner. Il n'y a pas de commentaires à faire. Je vous propose de vous les transmettre immédiatement via le secrétariat. Je sais que cela peut poser un petit problème en termes de règlement, mais ce sera beaucoup plus instructif. Vous pouvez évidemment, si vous le voulez, après, convertir votre question en question écrite. Mais ainsi, vous aurez déjà la réponse. Cela vous convient-il?

25.03 Patrick Prévot (PS): Monsieur le ministre, cela me convient parfaitement. C'est un sujet sur lequel je suis en train de travailler pour, éventuellement, déposer une proposition de résolution. Ce sont surtout les chiffres qui m'intéressent. Il n'y a pas de souci. Cette façon de fonctionner me convient parfaitement.

25.04 Frank Vandenbroucke, ministre: Je vais le faire par le biais du secrétariat de telle façon que tout le monde puisse en prendre connaissance. Vous pouvez disposer de cette information et l'utiliser.

25.05 Patrick Prévot (PS): Merci beaucoup.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

Le **président**: La question n° 55021170C de Mme Sofie Merckx est reportée.

26 Samengevoegde vragen van

- **Dominiek Sneepe** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het federale testplatform" (55021176C)

- **Frieda Gijbels** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het federale testplatform" (55021475C)

- **Steven Creyelman** aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het testplatform 2.0" (55021558C)

26 Questions jointes de

- **Dominiek Sneepe** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plate-forme de test fédérale" (55021176C)

- **Frieda Gijbels** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plate-forme fédérale de dépistage" (55021475C)

- **Steven Creyelman** à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plate-forme de test 2.0" (55021558C)

26.01 Dominiek Sneepe (VB): Mijnheer de minister, ik heb daarover een schriftelijke vraag gesteld, maar kreeg nog steeds geen antwoord. Daarom stel ik nu mondeling een vervolgvraag. Ze is al een klein beetje gedateerd, maar ik wil ze toch nog stellen.

Gedurende de periode van 7 september 2021 tot 13 september 2021 werden volgens Sciensano dagelijks gemiddeld 43.182 tests uitgevoerd. Het leeuwendeel van deze tests werd geanalyseerd door klinische laboratoria, een minderheid door het federale testplatform. De klinische laboratoria hebben momenteel voldoende capaciteit om het aandeel van het federale testplatform op te vangen. Toch krijgt dat federale testplatform nog steeds – ondertussen is dat reeds veranderd – een forfaitaire vergoeding voor het uitvoeren van 112.000 tests per week.

U stelde in mei reeds dat we in de volgende fases van de pandemie moeten nadenken over de opdracht van het federale testplatform. Het zal moeten evolueren en de financiële mechanismen moeten tegen het licht

gehouden worden.

Is de rol van het federale testplatform de voorbije maanden geëvolueerd en geëvalueerd? Zijn er aanpassingen gedaan aan de financiering? U maakte reeds duidelijk dat dat inderdaad zo is.

Hoeveel tests worden elke week uitgevoerd door het federale testplatform, graag met een overzicht per week en per lab? Hoeveel heeft elk lab meer ontvangen, aangezien men op geen enkel moment 112.000 tests per week heeft gehaald?

Wat is de forfaitaire tegemoetkoming voor het centrum dat belast wordt met het onderzoek en het aanleveren van expertise voor de systemen van kwaliteitsbewaking, de validatie van specifiek materiaal en het toezicht op de overkoepelende organisatie van de processen waarnaar in het KB van 22 november 2020 wordt verwezen?

Hetzelfde KB stelt ook dat het federale testplatform tijdelijk is, ter aanvulling van de testcapaciteit beschikbaar in de erkende laboratoria voor klinische biologie. Is de aanvulling nog noodzakelijk? Wanneer zal het federale testplatform uiteindelijk stopgezet worden?

26.02 Frieda Gijbels (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag is een vervolg op de interpellatie die ik in de plenaire vergadering hield over dit onderwerp. Er is nog altijd niet zoveel duidelijkheid over de aanwending van de forfaitaire bedragen.

Ik heb dan ook enkele vragen. Hoeveel mensen werden er in dienst genomen per lab van het federale testplatform? Kunt u het aantal fulltime equivalenten aangeven per locatie, van de oprichting van het platform tot nu?

Hebt u al zicht op de besteding van de middelen toegekend aan de labs? Konden zij enkel worden aangewend om personeel te vergoeden of konden er ook andere zaken mee worden vergoed? Stond er ook een bepaalde verantwoording tegenover? Met andere woorden, hebt u al zicht op de aanwending van de middelen en kunnen eventuele overschotten worden teruggevorderd?

26.03 Steven Creyelman (VB): *Mijnheer de minister, zoals reeds lang geweten is, kosten de labo's van het federale testplatform 2.0 ons een hoop geld. We weten ook al langer dan vandaag dat deze labo's veel minder testen uitvoeren dan de 2.000 waarvoor ze rijkelijk worden vergoed. Terwijl wij nog steeds wachten op onze antwoorden op de vragen die hierover werden ingediend maanden geleden, zijn deze cijfers nu in HLN gepubliceerd. Bovendien blijkt ook nog dat het contract met de labo's afgesloten door voormalig minister van testen De Backer nog een jaar blijft doorlopen.*

Ondertussen blijkt dat u wel degelijk over cijfers beschikte. Wanneer zullen wij onze antwoorden mogen ontvangen op schriftelijke vraag B062 die reeds maanden geleden over dit onderwerp werd ingediend?

Volgens HLN zou een eenzijdige sluiting van het testplatform de overheid een hoop geld kosten: ieder labo drie maanden vaste vergoeding, zo'n 810.000 euro per labo of 6,5 miljoen voor het hele platform. Bent u, gezien het feit dat het platform niet meer nodig is, van plan de overeenkomst eenzijdig op te zeggen en het bedrag uit te betalen?

Volgens HLN zou een stopzetting van het platform in onderling overleg ook 6,5 miljoen euro kosten. Is de minister van plan om in onderling overleg te stoppen?

Op 19 mei antwoordde u: "We zullen in de volgende fases van de pandemie moeten nadenken over de opdracht van het federale testplatform. Dat zal moeten evolueren en ook de financiële mechanismes moeten tegen het licht worden gehouden." Was u toen al op de hoogte van het feit dat het contract nog een jaar loopt en dat het contract vroegtijdig opzeggen gepaard gaat met een enorme kost?

Waarom werd een contract met de labo's afgesloten van 2 jaar, terwijl de labo's tijdelijk moesten zorgen voor een extra capaciteit, en het toen dus al duidelijk was dat 2 jaar extreem lang is?

Bent u van plan om het geld dat de labo's teveel kregen terug te vorderen?

Heeft u er een zicht op wat met de miljoenen die de labo's te veel kregen is gebeurd? Blijft dat geld bij de

labo's? Komt dat geld terecht bij het universitaire ziekenhuis waar het gebruikt wordt om andere financiële putten te vullen?

Kan u een overzicht geven van het aantal testen dat door elk labo van het federale platform elke dag werd uitgevoerd, per labo?

26.04 Minister **Frank Vandenbroucke**: Ik heb in mijn antwoord op de interpellatie inderdaad al een aantal dingen gezegd. De heer Creyelman zegt trouwens ook terecht dat er daarover al veel in de pers is geschreven.

Mijnheer de voorzitter, mag ik ervan uitgaan dat dit de laatste vraag is, hoewel ik eerder had toegezegd tot 17.45 uur aanwezig te blijven in deze commissie? De pers wil graag nog een reactie van mij op het debat van deze middag. Dat is trouwens een mooie valorisatie van wat in de commissie aan bod is gekomen.

Is de rol van het federale testplatform geëvolueerd? Het antwoord is ja. Zoals ik al zei in de discussie met mevrouw Gijbels hebben de klinische laboratoria, buiten het federale testplatform, veel meer capaciteit ontwikkeld. Daardoor is het federale testplatform een andere rol gaan spelen qua buffercapaciteit.

De laboratoria van het federale platform vervullen wel nog altijd een rol in de grootschalige screening van collectiviteiten, op vraag van de regionale gezondheidsautoriteiten, in de verwerking van de stalen van 54 testcentra. Zij spelen ook een belangrijke rol in de analyse van de *variants of concern*.

Overigens, net vandaag krijg ik van diverse kanten enkele alarmerende berichten omtrent de beschikbare testcapaciteit. Blijkbaar herleeft de zorg over de vraag of we wel genoeg testcapaciteit hebben. Mevrouw Gijbels, zodoende belanden we eigenlijk in de toepassing van een discussie die we al hebben gevoerd, met name over de vraag op welk moment iedereen naar meer testcapaciteit vraagt versus het moment waarop iedereen stelt dat er in veel te veel testcapaciteit voorzien is, wat te veel geld kost. Vandaag lijkt het er dus op dat we terugvallen in de bezorgdheid over een eventueel gebrek aan testcapaciteit.

Mevrouw Sneppe, u vraagt of de financiering aangepast werd. Dat is inderdaad gebeurd. Het Verzekeringscomité heeft beslist dat de maandelijkse vaste financiering vanaf 1 oktober verlaagd wordt.

Inzake de tests heb ik een tabel met voor elk van de acht laboratoria het maximum aantal tests, het gemiddelde en de mediaan.

Het dagelijkse maximumaantal tests was bijvoorbeeld voor de UCL 4.970, voor Namen 2.804, voor de ULB 4.071, voor Luik 9.120, voor Mons 2.709, voor UZA 10.000, voor Gent 3.956 en voor Leuven 2.764. Luik en de UCL zijn wel gepoold over het consortium. Dit zijn de geregistreerde maxima. De gemiddelden liggen daar een stuk onder. Dat zijn inderdaad de cijfers waarop de kritiek is gebaseerd. De gemiddelden liggen tussen heel laag, 795 voor Namen, en relatief hoog, 1.861 voor Antwerpen. De mediaan ligt laag voor Namen, met 694, tot hoog voor Antwerpen, met 1.613. U kan het tabelletje met de cijfers krijgen.

Zoals ik net heb meegegeven, is er één labo dat gemiddeld op bepaalde momenten duidelijk boven de 2.000 tests is gegaan.

Wat is de forfaitaire tegemoetkoming voor het centrum dat wordt belast met het onderzoek en het aanleveren van expertise voor systemen van kwaliteitsbewaking en validatie? Dat is 20.500 euro per maand.

Mevrouw Sneppe, u vraagt wanneer het federale testplatform zal worden beëindigd.

In een evaluatierapport van het federale platform wordt een risico-kostenanalyse gemaakt die stelt dat het federale platform nodig blijft in bepaalde scenario's waarin de komende maanden meer zal worden getest dan vandaag. Indien er evenveel of minder wordt getest, kunnen wij binnen de bestaande laboratoria de vraag opvangen. Het rapport onderzoekt verschillende scenario's. Echter, op basis van de risico-kostenanalyse wordt voorgesteld het platform nu toch nog open te houden.

Er zal een nieuwe evaluatie worden gemaakt eind 2021.

Mevrouw Gijbels, wij hebben op het niveau van het RIZIV geen cijfers van het aantal vte's per locatie. De forfaitaire vergoeding wordt gebruikt voor werkingskosten, zijnde personeel en werkingsmiddelen die

noodzakelijk zijn om het dagelijkse volume te kunnen uitvoeren. We hebben tot nog toe geen bevraging gedaan naar de aanwending van deze vergoeding. De cijfers heb ik u bezorgd, denk ik.

Volgens *Het Laatste Nieuws* zou een eenzijdige sluiting van het testplatform de overheid een hoop geld kosten, dus is de vraag of we die overeenkomst niet eenzijdig moeten opzeggen. Nee en ik verwijs daarvoor naar de risico-batenanalyse.

Het Laatste Nieuws zegt ook dat het 6,5 miljoen euro zou kosten als men het testplatform zou stopzetten. Echter, in onderling overleg brengt stopzetten geen beëindigingsvergoeding mee. Er is wel in een opzegperiode van drie maanden voorzien waarbij ook de vaste kost wordt uitbetaald.

Op uw vraag of ik al op de hoogte was van het feit dat het contract nog een jaar loopt en dat het contract vroegtijdig opzeggen gepaard gaat met een enorme kost, is het antwoord ja.

Waarom werd met de labo's een contract van twee jaar afgesloten? De contracten werden opgesteld in de loop van september-oktober 2020 in de aanloop van de tweede golf, waar de testcapaciteit duidelijk tekortschoot.

Toen leek het evident om te zeggen dat we voor twee jaar zouden gaan, met de nodige beëindigingsmechanismen, zoals daarnet aangegeven.

Ik denk dat ik de vraag met betrekking tot het terugvorderen al heb beantwoord in de interpellatie.

Wat betreft de vraag of ik zicht heb op wat er is gebeurd met de miljoenen die de labo's te veel hebben gekregen, personeel dat werd aangenomen in de labo's waar niet het verwachte aantal testen werd behaald, werd ook ingezet om andere taken uit te voeren, zoals het opsporen van virusvarianten via PCR-testen en genoomanalyses. De labo's van het federale platform hebben ongeveer 80 % van de PCR-testen uitgevoerd voor de opsporing van virusvarianten, terwijl daarvoor geen andere vergoeding werd uitgekeerd. Ik heb geen zicht op hoe de middelen verder worden verdeeld binnen de leden van het federale platform.

Ik ben er snel over gegaan, maar u mag mijn papieren hebben, zodat u mijn hele voorbereiding kunt zien.

26.05 Dominiek Sneyens (VB): Dank u voor uw antwoord, mijnheer de minister. Ik wil inderdaad graag uw voorbereiding krijgen, om alles nog eens goed te herkauwen.

Zoals ik al zei, mijn vraag was eigenlijk al wat gedateerd. Toch hebt u ons nog actuele info gegeven.

Wat ik mij telkens afvraag, is of wij niet meer moeten inzetten op diversiteit bij het testen? Nu wordt vooral ingezet op de PCR-test, en ook een beetje op de snelle antigeentest. Ik herinner mij uit de covidcommissie dat professor Goossens bezig was met het verbeteren van een speekseltest. Daar horen wij blijkbaar niets meer over?

Ik las in de pers ook iets over een ademtest. Ik stel mij soms de vraag waarom wij altijd op één paard wedden in plaats van de teststrategie te verruimen. Dat is misschien voer voor een volgende vraag. Ik zal proberen die vraag in een mooie omschrijving te gieten, zodat u daar later op kunt antwoorden.

26.06 Frieda Gijbels (N-VA): Dank u wel, mijnheer de minister voor uw antwoord, ook al ben ik wat teleurgesteld. Ik had echt wel gedacht dat de overheid inzicht zou hebben in hoe de middelen die wij als gemeenschap toegekend hebben aan die laboratoria, besteed zijn. Na een maand of twee maanden zou er toch feedback moeten worden gevraagd aan die labs, om na te gaan of het niet te veel geld was en of ze het misschien met minder kunnen doen, zoals effectief bleek?

De schatting was dat er 40 fulltime equivalenten nodig waren om het aantal gevraagde tests te halen, maar net het lab dat de meeste tests heeft geanalyseerd, heeft het met slechts 22 fte's gedaan. Dat is amper meer dan de helft en niettemin hebben ze dat bedrag gekregen.

Ik vind het heel teleurstellend dat dat gewoon doorgelopen is zonder enige controle en zonder op voorhand in te bouwen dat er een controle zou komen. Ik vind het jammer dat de belastingbetaler moet zien hoe er met zijn zuurverdiende geld omgesprongen wordt.

Los van deze vraag vind ik het ook spijtig dat de minister de pers hoger inschat dan de volksvertegenwoordigers en de democratische controle. We hadden immers nog wel even kunnen doorgaan met een aantal vragen.

26.07 Steven Creyelman (VB): Ik wens mij in eerste instantie aan te sluiten bij de opmerking van mevrouw Gijbels, wat de besteding van de middelen betreft. Ik vind het jammer dat we er geen op zicht hebben waaraan de middelen zijn besteed. Het gaat namelijk niet om de spreekwoordelijke vijf centjes. Anderzijds ben ik wel blij dat u ons uw volledige voorbereiding ter beschikking wilt stellen. Ik wacht in dat verband dan ook op een bericht van uw medewerkster.

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

De **voorzitter**: We zullen u laten vertrekken, mijnheer de minister. We zullen de pers niet laten wachten. We hebben vandaag een dertigtal vragen van de honderd behandeld. We zijn dus nog altijd bezig met een inhaaloperatie.

26.08 Minister Frank Vandenbroucke: Ik herhaal dat ik wel om 7 uur 's morgens wil beginnen, mijnheer de voorzitter.

De **voorzitter**: We moeten ook aan de diensten denken.

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 17.29 uur.
La réunion publique de commission est levée à 17 h 29.*