

COMMISSION DE LA SANTE ET DE L'ÉGALITE DES CHANCES

COMMISSIE VOOR GEZONDHEID EN GELIJKE KANSEN

du

van

MERCREDI 27 OCTOBRE 2021

WOENSDAG 27 OKTOBER 2021

Matin

Voormiddag

La réunion publique de commission est ouverte à 10 h 17 et présidée par M. Thierry Warmoes.

De openbare commissievergadering wordt geopend om 10.17 uur en voorgezeten door de heer Thierry Warmoes.

[01] Actualiteitsdebat over long covid en toegevoegde vragen van

- Robby De Caluwé aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Long covid" (55021624C)
- Steven Creyelman aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De postcovidpatiënten" (55021702C)
- Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De behandeling van longcovidpatiënten" (55022277C)
- Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het KCE-rapport over long covid" (55022406C)

[01] Débat d'actualité sur le long covid et questions jointes de

- Robby De Caluwé à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le covid long" (55021624C)
- Steven Creyelman à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les patients souffrant de symptômes post-covid" (55021702C)
- Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La prise en charge des patients long covid" (55022277C)
- Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le rapport du KCE sur le covid long" (55022406C)

[01.01] Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, behoorlijk wat Belgen hebben nog maanden na een coronabesmetting te kampen met heel wat symptomen. We hebben dat gehoord van Ann Li, de oprichter van de Vlaamse vereniging van postcovidpatiënten, die we ook hebben gehoord in het kader van de hierover goedgekeurde resolutie. Het Parlement heeft de problematiek erkend. Op 6 mei hebben we de resolutie aangenomen die zorgt voor de erkenning en goede opvolging van en ondersteuning voor patiënten die worden geconfronteerd met de langetermijneffecten van COVID-19. Graag kreeg ik een stand van zaken. Waar staat men met de uitvoering van deze resolutie?

[01.02] Steven Creyelman (VB): *Meer dan tien procent van de voormalige coronapatiënten draagt daar een half jaar na hun besmetting nog steeds de gevolgen van. Het aantal mensen dat aan post-covid lijft, wordt door professor Geert Molenberghs, biostatisticus aan UHasselt en KU Leuven, op zo'n 300.000 tot 350.000 ingeschat. Hun symptomen gaan van milde klachten en pijn over extreme uitputting, geheugenproblemen tot zenuwstelselstoornissen en zelfs orgaanschade.*

In de Kamer van volksvertegenwoordigers werd ter zake in mei van dit jaar een resolutie goedgekeurd betreffende "de erkenning en de goede opvolging en ondersteuning van patiënten die geconfronteerd worden met langetermijneffecten van COVID-19". Het feit dat de resolutie eenparig werd goedgekeurd, toont het belang aan dat de Kamer aan deze problematiek wil geven.

1. Worden er met betrekking tot de langetermijneffecten van COVID-19 statistische gegevens verzameld?

Indien zo,

Welke zijn deze? Hoe en door welke instantie worden die verzameld?

*Indien niet,
Plant de minister initiatieven in die richting?*

2. Welke definitie zal de minister met betrekking tot post-COVID-19 hanteren en waarop baseert de minister zich daarvoor?

3. Wat is de stand van zaken met betrekking tot de uitvoering van deze resolutie en meer bepaald het eerste verzoek, zijnde "te voorzien in een raamwerk tot erkenning van de langdurige besmetting met het COVID-19-virus, met name door de ziekenfondsen en de instellingen voor de erkenning van beroepsziekten"?

4. Heeft u ter zake al overlegmomenten met de ziekenhuizen en de desbetreffende instellingen gehad?

5. Wanneer denkt de minister te landen met de uitvoering van deze resolutie?

01.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, j'aurais pu également renvoyer à ma question, mais des données supplémentaires sont survenues entre-temps. En effet, d'une part, comme vous le savez, de longue date, j'ai été la première à vous poursuivre au sujet des personnes souffrant d'un covid long. Nous disposons de données au niveau international, de nombreuses publications scientifiques et des *guidelines* sont mises en place dans une série de pays. Comme on vient de le rappeler, j'ai moi-même déposé une résolution, qui a été suivie d'une résolution commune sur la nécessité d'une prise en charge globale et d'une série d'approches en matière de remboursement. Plusieurs acteurs avaient évoqué des manquements dans la prise en charge des traitements pour les patients souffrant de covid long même si certaines choses existent.

Le KCE vient de publier une étude et une série de données sur le covid long, plus spécifiques à la Belgique. Je le répète, nous avons de nombreuses données scientifiques internationales. Je retiens de ce rapport la nécessité d'une prise en charge globale, c'est une évidence. Je retiens aussi le fait d'avoir une évaluation préalable effectuée par des centres spécialisés, mais aussi la nécessité de remboursements particuliers, notamment en ce qui concerne la revalidation. J'avais plaidé pour cela à de nombreuses reprises.

Pourrait-on faire un état des lieux de la mise en oeuvre de la résolution que nous avons votée à la Chambre? Quid des différents types de remboursement, notamment par rapport à l'accumulation de tickets modérateurs pour les patients souffrant de covid long? Quid de la concrétisation des recommandations de l'étude du KCE? Quid, en matière de revalidation, d'une meilleure prise en charge des soins de kiné? Vous savez que les remboursements pour les patients restent un point faible dans leur prise en charge.

01.04 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Collega's, ik zal wat langer de tijd nemen, omdat het belangrijk is om mijn vraag te duiden.

Mijnheer de minister, ik ben geschrokken van de cijfers in het door het Federaal Kenniscentrum gisteren uitgebrachte rapport, rapport waarop iedereen zat te wachten. Niet een op tien, maar een op zeven Belgen die met COVID-19 te maken had, heeft long COVID-19 en heeft dus zes maanden nadien nog steeds last van symptomen. De impact op het leven van die patiënten is heel erg groot, zowel emotioneel, mentaal en fysiek als financieel. Het rapport onderstreept dat het belangrijk is het probleem in handen te nemen.

In zijn aanbevelingen pleit het KCE voor een multidisciplinaire aanpak met een overleg dat begint bij de eerstelijnszorg. De huisarts kan overleggen met specialisten zoals kinesisten of neurologen om een breed spectrum aan symptomen aan te pakken, de verstrekte zorg te evalueren en een zorgtraject op te stellen.

De Wereldgezondheidsraad heeft begin oktober 2021 voor het eerst een officiële definitie gegeven van long COVID-19 met een symptomenlijst. Dat is natuurlijk belangrijk voor de erkenning van zowel de ziekte als van de patiënten. IDEWE, een externe dienst voor preventie en bescherming op het werk, heeft de werkgevers al opgeroepen om langdurige COVID-19 te erkennen als ziektebeeld, omdat veel werkgevers nog te veel onbegrip tonen tegenover patiënten, die soms de werkbelasting of het ritme niet aankunnen door langdurige klachten. Het KCE bevestigt in zijn gisteren uitgebrachte studie dat veel patiënten aangeven dat de herintegratie op het werk niet altijd goed verloopt en dat er effectief nog veel onbegrip is.

Er is al verwezen naar de resolutie die de commissie Gezondheid in het Parlement op 16 maart 2021 heeft goedgekeurd, onder andere met de vraag te onderzoeken op welke manier de kosten kunnen worden

opgenomen in de maximumfactuur alsook om revalidatieprogramma's en fysiotherapie toegankelijker te maken. Het KCE beveelt aan om als tussentijdse oplossing bepaalde revalidatiezorg terug te betalen in afwachting van meer kennis over de behandelingen die werken.

Mijnheer de minister, welke maatregelen hebt u in de tussentijd al genomen? Welke maatregelen, vragen of verzoeken in de resolutie wilt u nakomen en welke niet?

Welke concrete bijkomende stappen zult u nu zetten na de publicatie van het rapport? Zult u werk maken van de terugbetaling van multidisciplinaire revalidatie en van de erkenning van corona als beroepsziekte? Voor iedereen, ook voor de zelfstandigen, is dat een belangrijke kwestie.

01.05 Minister **Frank Vandenbroucke**: Geachte leden, ik vind het probleem van long covid, dat zeer ernstig is voor zeer veel individuele personen, zeer belangrijk. Wij proberen vooruitgang te boeken op basis van wetenschappelijke gegevens uit lopend wetenschappelijk onderzoek. Dat vraagt helaas tijd. De studie die het Kenniscentrum bekendmaakte, is erg belangrijk en geeft toch heel wat aanknopingspunten, naast de door het Parlement goedgekeurde resolutie.

Ik verontschuldig mij voor mijn wat uitvoerige uiteenzetting, maar ik geef graag een vrij compleet antwoord, waarin ik alle vragen behandel, de resolutie overloop en ook inhaak op wat in de studie van het KCE te vinden is aan nieuwe inzichten en aanbevelingen. Er is heel wat wetenschappelijk onderzoek lopend. Dat is goed nieuws, maar dat is ook frustrerend, omdat wij nog wachten op een aantal resultaten. Ik geef alvast een aantal elementen.

Bij het netwerk Evidence-based Practice (EBP) is een oproep gelanceerd voor de ontwikkeling van een richtlijn inzake de opvolging en de revalidatie van COVID-19-patiënten in de eerstelijnsgezondheidssector. Na het lanceren van de oproep is die opdracht gegund aan de KU Leuven, die samenwerkt met de partners van het EBP-netwerk om te komen tot heel concrete richtlijnen inzake long covid voor eerstelijnszorgverstrekkers.

De KU Leuven en die partners hebben al een eerste delphironde gehouden om de klinische vragen te bepalen. Die is afgelopen zomer gestart. Het rapport zal opgeleverd worden in de zomer van 2022. Dat is dus helaas nog zeven maanden wachten, maar het is wel belangrijk dat wij goede richtlijnen inzake de opvolging en de revalidatie van COVID-19-patiënten hebben voor de eerstelijnszorgverstrekkers.

Het KCE heeft zeer onlangs het rapport inzake de behoeften en de opvolging van patiënten met langdurige covid gepubliceerd, waar wij op aan het wachten waren. Daarbij geeft het centrum ons een goed overzicht van wat er in de internationale literatuur al terug te vinden is. Het beseft dat het geen eindig proces is, maar dat wij in de komende jaren nog zeer veel extra info zullen verzamelen. Het onderzoek van het centrum stond ook stil bij de behoeften van de patiënten zelf via een vragenlijst en diepte-interviews.

De studie concludeert dat long covid echt een belangrijke uitdaging is voor de gezondheidszorg en de volksgezondheid, eraan toevoegend dat wij toch nog meer inzicht nodig hebben in de doeltreffendheid en de kosteneffectiviteit van verschillende mogelijke behandelingsinterventies met betrekking tot long covid.

Daarnaast heeft de raad van bestuur van het KCE vorige week drie trials omtrent de behandeling van long covid goedgekeurd, waaronder revalidatieprogramma's. Daarvoor worden nu de nodige administratieve stappen gezet en zij zullen later dit jaar nog worden opgestart. Ik geef de namen van de drie trials, want dat was belangrijk voor mevrouw Fonck. Ten eerste, de onmiddellijke en langetermijnverbetering van cognitieve functies en levenskwaliteit na toepassing van cognitieve versus emotiemanagement psycho-educatieve programma's, ten tweede, voeding en locomotorische revalidatie bij long covid, ten derde, verandering in functionele inspanningstolerantie na longcovidrevalidatie in de eerste lijn.

Ook Sciensano draagt zijn steentje bij in het opvolgen van long covid met de COV-impactstudie, het in kaart brengen van de kenmerken van long covid en de fysieke, mentale en sociale gevolgen. Dat is een antwoord op de vraag van de heer Creyelman hoe het zit met de verzameling van statistische gegevens. Een ander project van Sciensano, dat breder gaat dan enkel long covid, maar dat toch ook indicatoren met betrekking tot long covid zal aanbrengen, is het HELICON-project 'Unraveling the long-term and indirect health impact of the COVID-19 crisis in Belgium'.

Heel wat zaken uit de resolutie van de Kamer worden dus opgenomen door die onderzoeken; we zetten daar wel nog geen einddatum op. De kennis is in volle ontwikkeling en, eerlijk gezegd, de kennisontwikkeling

kan nog enkele jaren duren, vooraleer wij alles goed in kaart hebben gebracht en hebben onderzocht.

Wat wel belangrijk is bij het zoeken naar efficiënte behandelingen, is dat de patiënten en patiëntenorganisaties zelf worden betrokken. Van in het begin spelen zij voor ons beleid een belangrijke rol als een echte actor in het thema. Ze nemen ook van bij het begin deel aan de vraagstelling van het onderzoek, het evalueren van de projectvoorstellen en de begeleiding van de verschillende projecten.

Wat ik ook belangrijk vond in de resolutie, was de sensibilisering van de zorgverleners. In afspraak met het KCE zal er op korte termijn kennis gegeven worden van de studieresultaten aan de Belgische artsen, door bijvoorbeeld de publicatie in wetenschappelijke tijdschriften zoals *Tijdschrift voor Geneeskunde* en *Revue de la Médecine Générale*. Er zal kennis gegeven worden aan de artsen door Domus Medica, het Collège de médecine générale en de SSMG. Wij zullen hen vragen om via hun websites het nodige materiaal te presenteren op een toegankelijke manier, eventueel ook via interviews en dergelijke. Het is belangrijk dat wat we aan wetenschappelijk onderzoek verzamelen snel en op een toegankelijke manier doorstroomt naar de zorgverstrekkers, onder meer ook de artsen zelf. We gaan daar dus verschillende instrumenten voor inzetten en daarover ook overleg plegen met Domus Medica, het Collège de médecine générale en de SSMG.

Wat de definitie van long covid betreft, moet ik zeggen dat de definitieontwikkeling internationaal eigenlijk nog altijd aan de gang is. In het rapport van ons Belgisch kenniscentrum gaat men uit van de volgende definitie: langdurige covid omvat, volgens de meest gangbare definities, de klachten van personen die na de acute fase van COVID-19, vastgesteld op basis van vermoeden, klinische symptomen of een test, last blijven hebben van symptomen of nieuwe symptomen ontwikkelen die niet verklaard kunnen worden door een andere pathologie, bijvoorbeeld het postintensievezorgsyndroom. We weten natuurlijk dat mensen die uit intensieve zorg komen hoe dan ook vaak bepaalde problemen met zich meedragen als gevolg daarvan.

Op 6 oktober van dit jaar publiceerde de Wereldgezondheidsorganisatie een nieuwe definitie voor mensen die geconfronteerd worden met langetermijneffecten van een COVID-19-infectie. U vindt die definitie terug op hun website.

Langdurige klachten treden op bij personen met een voorgeschiedenis van waarschijnlijke of bevestigde SARS-CoV-2-infectie, meestal drie maanden na het begin van COVID-19, met symptomen die minstens twee maanden aanhouden en die niet door een alternatieve diagnose kunnen worden verklaard, aldus de WGO.

Veel voorkomende symptomen zijn vermoeidheid, kortademigheid en cognitieve maar ook andere stoornissen die over het algemeen van invloed zijn op het dagelijkse functioneren. De symptomen kunnen nieuw zijn, na het aanvankelijke herstel van een acute covepisode of persisteren na de aanvankelijke ziekte. Symptomen kunnen ook fluctueren of na verloop van tijd terugvallen. Tot daar de definitie van long covid.

Er zijn veel vragen over de mogelijke ondersteuning of behandeling, ook een zeer concrete vraag met betrekking tot kinesithérapie.

Il est d'une importance capitale d'assurer le suivi et le soutien nécessaires aux patients qui sont confrontés aux effets à long terme d'une infection au covid-19 et d'identifier, sur la base de preuves scientifiques, les besoins qui ne sont pas couverts actuellement par l'assurance maladie obligatoire pour adapter la réglementation lorsque c'est nécessaire. Il importe également de préserver les patients de toutes sortes de traitements pour lesquels il n'existe aucune preuve scientifique mais aussi des traitements qui existent aujourd'hui mais qui ne sont pas suffisamment adaptés. Dans son rapport, le KCE décrit quels sont les traitements qui sont déjà remboursés aujourd'hui et dans quels cas il faudrait apporter des adaptations.

Je me réfère entre autres à la question très concrète de Mme Fonck sur le maximum à facturer qui permet à un ménage de ne pas payer de frais médicaux au-delà d'un certain seuil défini en fonction des revenus. Par défaut, ce seuil est fixé en fonction des revenus de deux ans plus tôt mais, lorsqu'il y a une baisse significative de ces revenus, comme cela peut se présenter chez les patients atteints de covid long, le bénéficiaire peut demander à ce qu'une autre année de référence soit utilisée afin de bénéficier d'un seuil plus bas. Mais le processus est trop long et, pour pouvoir intervenir plus rapidement, un groupe de travail officiel a été mis en place. Il regroupe des mutualités, des organisations de patients, des universités, le Réseau Evidence-Based Practice (EBP), le KCE, Fedris et des associations scientifiques de médecins

généralistes.

Ce groupe de travail permet une coopération étroite sur les dernières connaissances scientifiques et les traitements les plus récents, ainsi que sur l'encadrement des patients, comme l'accès aux soins adéquats et le remboursement par l'assurance maladie. Cette manière de travailler permet de discuter rapidement de toutes les informations, toutes les idées et tous les besoins avec les patients comme partenaires à part entière autour de la table et de les traduire en actions.

Un autre élément important, c'est que nous partageons activement ces informations avec les prestataires de soins car, pour eux aussi, le covid long est une nouvelle affection qu'ils ne reconnaissent pas toujours facilement ou pour laquelle ils ne savent pas immédiatement quel est le traitement adéquat. C'est pourquoi nous collaborons avec l'INAMI pour élaborer un trajet de soins covid long avec un outil de *screening* pour aider les prestataires de soins à reconnaître le covid long – un patient atteint de covid long n'est pas l'autre – et à fournir plus rapidement les soins appropriés en première et deuxième lignes. Ce trajet doit être un trajet sans obstacle. Nous créons ce trajet de soins pour gagner du temps. L'EBP fournira une recommandation scientifique complète ultérieurement. Sa plus-value sera énorme, je crois. Mais ce processus demande du temps et nous ne voulons pas attendre pour fournir des soins.

Le trajet de soins, et donc les soins dont a besoin un patient atteint de covid long, est aussi directement lié à un financement et à des remboursements appropriés. S'il y a des lacunes dans le remboursement pour les patients, nous nous en occupons immédiatement avec l'INAMI et nous apportons les modifications nécessaires pour que tous les besoins soient couverts. Cette approche holistique est très importante.

Les recommandations du KCE ont donc été examinées avec l'INAMI. Compte tenu de la prévalence élevée et des très grandes différences de sévérité des symptômes persistants, le groupe de travail a choisi de partir de la première ligne, contrairement au KCE qui part des hôpitaux et des centres spécialisés.

Le groupe de travail au sein de l'INAMI développe un outil de *screening* permettant d'identifier tous les symptômes, donc de faire un bilan, après quoi les différentes possibilités de traitement sont abordées conjointement avec le patient.

Le groupe de travail s'est déjà réuni à plusieurs reprises. L'objectif est que l'INAMI poursuive le développement de ce trajet de soins, y compris l'outil de *screening*, d'ici la fin novembre. Si nécessaire, il peut être fait appel à des spécialistes pour élaborer ce trajet de soins en première ligne afin de pouvoir dresser un bilan holistique interdisciplinaire.

Dans le cadre de ce trajet de soins, on examinera également la nécessité de rembourser la kinésithérapie, par exemple. Les organisations de patients ont demandé le remboursement de 60 séances de kinésithérapie pour les personnes qui ont été contaminées, mais qui n'ont pas été hospitalisées. Cette demande sera incluse dans le bilan et le trajet de soins, car tous les patients post-covid n'ont pas besoin d'un programme de kinésithérapie long.

L'INAMI créera également une page *web* spécifique pour le patient comme pour le prestataire de soins afin que les informations sur le bilan et le trajet de soins soient disponibles.

Tot slot is er de problematiek van de beroepsziekte.

Lorsque le caractère professionnel de la maladie est reconnu, Fedris prend en charge les différents dommages.

En ce qui concerne les périodes d'incapacité de travail temporaire et les soins de santé, ceux-ci pourront être pris en charge sans limite, tant que la victime apporte des éléments médicaux probants permettant d'objectiver les symptômes évoqués et de les rattacher au covid-19 reconnu comme maladie professionnelle. Il est donc important que la victime fasse parvenir à Fedris tous les rapports médicaux relatifs aux examens de suivi qu'elle subit ainsi que les attestations de prolongation d'incapacité de travail. Ces éléments seront appréciés par les médecins de Fedris et, si le lien est établi avec le covid-19, les périodes d'incapacité de travail et les soins de santé seront pris en charge.

Tot daar mijn antwoorden op de gestelde vragen over dit belangrijke onderwerp.

01.06 Robby De Caluwé (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw heel omstandig en duidelijk antwoord.

01.07 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw zeer uitgebreid antwoord.

Ik heb genoteerd dat uw diensten heel veel statistische gegevens verzamelen. Meten is weten. Dat is belangrijk als men goed werk wil afleveren met het oog op het uitvoeren van de verzoeken in de resolutie. Ik ben tevreden dat u een vrij brede definitie hanteert, want ook dat zal nodig zijn.

Vorige zaterdag heb ik een vertegenwoordiger van een groep longcovidpatiënten ontmoet. De man in kwestie was trouwens ook een longcovidpatiënt. Ik heb uit dat gesprek geleerd dat de mensen zich aan hun lot overgelaten voelen. Een van de zaken die ik heb onthouden, is dat zij niet echt goed weten waar zij heen moeten. Zij ervaren een totaal gebrek aan communicatie en hebben het gevoel dat ze alles zelf moeten uitzoeken.

In dat kader wil ik u vragen om ook de nodige aandacht te besteden aan de communicatie. De mensen moeten een centraal aanspreekpunt hebben, zodat zij weten wat hun rechten zijn. Ik wil u vragen om, naast al het studiewerk en de uitvoering die u ter zake doet, ook de communicatie niet te vergeten. Dat kan alleen maar helpen om duidelijkheid te scheppen.

01.08 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, cela fait très longtemps que j'ai mis en évidence l'importance, pour les patients concernés et pour la Santé publique, d'avoir une approche particulière très rapide. J'entends que l'étude de la KUL est prévue pour l'été 2022, le trajet de soins pour covid long est prévu pour fin novembre, dites-vous - j'attends de savoir quand exactement pour les patients -, un groupe de travail sur le MAF est de nouveau prévu...

Il s'agit là d'un enjeu majeur à corriger en urgence. Je vous pousse à mettre en place un plan immédiat pour les patients, qui devra évoluer avec le temps et avec les nouvelles données, sur l'accessibilité financière. Quand vous parlez de la demande de prendre en compte une autre année de référence, c'est valable sur le plan théorique. Mais la majorité des patients ne le sait pas. Quand on lance la procédure, on ne sait jamais comment elle va aboutir. Cela prend énormément de temps. Ainsi, aujourd'hui, les patients ne peuvent pas en bénéficier.

L'accessibilité des prises en charge est également multidisciplinaire. En ce qui concerne le traitement par la kinésithérapie, je vous ai expliqué à plusieurs reprises à quel point les soignants ont plaidé pour obtenir un long traitement de revalidation par kinésithérapie pour les patients, avec un plus grand nombre de séances remboursées pour les patients sans que ceux-ci doivent les justifier et se retrouver parfois bloqués. Il s'agit non seulement d'une demande pour les patients qui ont été hospitalisés en soins intensifs, mais aussi pour les patients hospitalisés mais pas en soins intensifs et les patients non hospitalisés qui ont subi un long covid-19 sans avoir nécessairement montré une symptomatologie grave au départ. Il y a de nombreux cas. C'est étayé et évident. Ces patients doivent aussi pouvoir bénéficier d'un traitement de revalidation au long cours.

De plus, vous ne parlez pas des enfants. Il est urgent d'avoir des mesures immédiates de prise en charge, y compris de revalidation, pour les enfants. C'est vital pour les patients concernés au niveau personnel, mais c'est aussi vital en matière de Santé publique pour éviter des complications qui dureraient plus longtemps et pour permettre à de nombreux patients de reprendre leurs activités plus rapidement. Je vois parfois de grands plans détaillés pour la remise à l'emploi des malades de longue durée. Le traitement immédiat de revalidation et de travail après des pathologies telles que celle-ci nous permettra, demain, de déployer beaucoup plus d'efforts.

Ces patients sont d'ailleurs demandeurs d'une prise en charge pour pouvoir ensuite reprendre leurs activités professionnelles. Ces études en cours sont positives, mais elles doivent aboutir à un plan immédiat. On a déjà perdu beaucoup trop de temps pour ces patients.

01.09 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, ik heb een repliek in dezelfde zin als mevrouw Fonck.

Ik dring erop aan om op korte termijn met de aanbevelingen van het KCE aan de slag te gaan. Er moeten uiteraard studies plaatsvinden, zodat kennis vergaard kan worden. De patiënten wachten echter al heel lang

op concrete maatregelen. Ik begrijp dat u daarmee nu aan de slag gaat en dat een en ander in gang gezet wordt. Nogmaals wil ik benadrukken dat het nu echt wel op korte termijn moet gebeuren.

Het deel van uw antwoord over de terugbetaling van zestig beurten bij de kinesist vond ik niet heel duidelijk. U hebt gezegd dat dit niet voor iedereen nodig is, wat inderdaad wel het geval zal zijn, maar het is mij niet duidelijk of die kinesitherapiebeurten dan enkel worden toegekend aan patiënten die gehospitaliseerd zijn geweest, dan wel of die ook voor andere patiënten gelden. Hoe dat zal verlopen en wie daarover beslist, zijn voor de patiënten alleszins belangrijke vragen, die ter harte genomen moeten worden.

Ik ben wat op mijn honger gebleven met mijn vraag over de erkenning als beroepsziekte. U hebt herhaald dat die erkenning mogelijk is en werkt, maar niet voor de zelfstandigen. Voor de zelfstandigen is er een probleem voor de terugbetaling van zorgverlening en medicatie, tenzij u dat nader kunt preciseren, want mogelijk ben ik niet goed geïnformeerd.

01.10 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mijnheer Warmoes, u hebt het nu over de zelfstandigen, maar als u een vraag stelt over beroepsziekte, denk natuurlijk ik aan werknemers. Het regime van beroepsziekte bestaat voor werknemers, niet voor zelfstandigen. Helaas misschien, maar dat is historisch gezien zo niet opgebouwd. Er kan over worden nagedacht, maar ik zie daar niet onmiddellijk een oplossing voor.

01.11 **Thierry Warmoes** (PVDA-PTB): Mijnheer de minister, dat belet niet dat er voor zelfstandigen ook maatregelen kunnen worden genomen inzake terugbetaling. Misschien moet u daarin wat creatief zijn. Ook zelfstandigen werden namelijk getroffen of krijgen daarmee te maken.

De **voorzitter**: Vraagt iemand nog het woord in dit actualiteitsdebat? (Nee)

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

02 Débat d'actualité sur la couverture vaccinale pour le personnel soignant et questions jointes de

- **Hervé Rigot** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La couverture vaccinale dans les établissements de soins" (55021335C)

- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La troisième dose pour les prestataires de soins" (55022191C)

- **Catherine Fonck** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La couverture vaccinale du personnel dans les établissements de soins" (55022285C)

- **Sophie Rohonyi** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination obligatoire du personnel soignant" (55022390C)

- **Steven Creyelman** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le licenciement de soignants non vaccinés" (55022183C)

02 Actualiteitsdebat over de vaccinatie voor de zorgverstrekkers en toegevoegde vragen van

- **Hervé Rigot** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiegraad in de zorginstellingen" (55021335C)

- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De derde prik voor de zorgverstrekkers" (55022191C)

- **Catherine Fonck** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatiegraad van het personeel in de zorginstellingen" (55022285C)

- **Sophie Rohonyi** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De verplichte vaccinatie van het zorgpersoneel" (55022390C)

- **Steven Creyelman** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Ontslag voor niet-gevaccineerde zorgverleners" (55022183C)

02.01 **Hervé Rigot** (PS): Monsieur le président, monsieur le ministre, il y a quelques jours, le KCE a publié un rapport faisant état du taux de vaccination dans le milieu hospitalier mais aussi en MR et MRS. Vous avez pu en prendre connaissance, comme nous.

Ce rapport indiquait globalement un taux de vaccination plus élevé dans les hôpitaux que dans les MR et MRS avec un taux de près de 90 % dans le secteur hospitalier, mais aussi un taux de vaccination différent en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. Plus alarmant, il relève un taux de vaccination plus faible dans les tranches d'âge des 18-34 ans et des 35-44 ans.

Vous aviez indiqué que les directions des différentes institutions devaient mener un rôle de sensibilisation. Des bonnes pratiques peuvent-elles être mises en avant dans ce cadre?

Envisagez-vous un soutien aux hôpitaux pour sensibiliser encore et toujours le personnel soignant à l'importance de se faire vacciner?

Par ailleurs, on le sait et vous ne cessez de le dire, la vaccination est un véritable enjeu pour sortir de cette crise covid. Je partage votre sentiment et suis favorable également à la vaccination obligatoire pour le personnel soignant. À cette fin, vous indiquiez attendre cinq avis? De qui les attendez-vous? Depuis lors, avez-vous reçu ces avis?

Vous indiquiez aussi avoir entamé la concertation avec les partenaires sociaux. Qui sont les partenaires sociaux autour de la table? Quels sont les avis qu'ils ont déjà rendus concernant votre volonté de recourir à la vaccination obligatoire auprès du personnel soignant?

Si demain, la vaccination est rendue obligatoire pour le personnel soignant, quelles seront les conséquences d'un refus pour le personnel de se faire vacciner?

Le **président**: Mme Depoorter est excusée.

02.02 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le président, monsieur le ministre, le KCE a publié une analyse de la couverture vaccinale du personnel des hôpitaux et maisons de repos et de soins contre le covid-19 en septembre dernier.

Je vais directement poser mes questions précises.

Vous aviez annoncé, il y a quelque temps déjà, une obligation de publication, centre par centre, hôpital par hôpital, des données relatives à la couverture vaccinale du personnel pour chaque structure de soins? Sauf erreur de ma part, je n'ai vu ce genre de publication nulle part. N'avez-vous pas donné de directives? En avez-vous donné? Dans l'affirmative pourquoi ne sont-elles pas appliquées? Qui doit faire appliquer cette décision? Qu'en est-il pour les polycliniques? Qu'en est-il pour la première ligne de soins?

Allez-vous prendre des nouvelles mesures concrètes pour convaincre les soignants non vaccinés? Cela me semble nécessaire. Je constate que, parmi ceux-ci, beaucoup ne sont pas des antivax mais bien les victimes de gourous qui communiquent beaucoup, notamment via les réseaux sociaux, avec beaucoup de manipulation de l'information. Je constate aussi que face à ces gourous qui désinforment - et la désinformation sur le covid-19 et sur le vaccin, ça tue! -, il n'y a pas de contre-attaque, de contre-feu de la part des autorités.

Moi-même et d'autres, nous essayons chaque fois de contrer. Mais il faudrait une stratégie beaucoup plus globale et aussi un travail beaucoup plus individuel, pas nécessairement par les directions, dans les structures de soins. Prendre 15 ou 20 minutes pour parler avec quelqu'un qui a des doutes, cela permet de convaincre. Mais tout cela, cela prend du temps.

Par ailleurs, dans le cadre des discussions sur la vaccination obligatoire, vous avez annoncé une échéance pour la fin de l'année. Nous sommes presque en novembre. J'entends que les employeurs se sont positionnés en faveur de cela, mais qu'il y a un refus des syndicats.

Monsieur le ministre, pouvez-vous nous faire le point sur les discussions en cours, sur les positions des uns et des autres, et nous confirmer que le gouvernement va aboutir dans ce qu'il a annoncé de longue date? Je vous remercie.

02.03 Sophie Rohonyi (DéFI): *Monsieur le Ministre,*

Les hôpitaux veulent pouvoir licencier le personnel soignant qui refuse de se faire vacciner. Tel est le constat de nombreux employeurs et notamment de l'organisation flamande Zorgnet-Icuro qui demande instamment la mise en place d'une telle obligation.

Si la question de la sanction - et donc du potentiel licenciement - relève des modalités d'exécution d'une telle mesure, l'on se demande néanmoins l'état d'avancement du projet de loi relatif à une obligation vaccinale du

personnel soignant.

Au vu de la reprise accrue de l'épidémie, il en va non seulement de la sécurité des patients, mais aussi du personnel soignant lui-même.

En Commission de la Santé du 28 septembre dernier, vous aviez précisé avoir l'intention de présenter une base légale au Parlement avant la fin de l'année mais sans certitudes.

En conséquences, Monsieur le Ministre :

• Quel est l'état d'avancement de la base légale permettant d'organiser l'obligation vaccinale du personnel soignant ?

• Comment se déroule la concertation avec les syndicats et les employeurs à ce sujet ?

• Les revendications très contrastées des syndicats et employeurs retardent-elles l'avancée du projet de loi ?

• Pensez-vous néanmoins pouvoir présenter un texte au Parlement d'ici la fin de l'année ? Dans la négative, quand le sera-t-il ?

02.04 Steven Creyelman (VB): Mijnheer de minister, vorige week donderdag heb ik u een aantal vragen gesteld in het vragenuurtje in de plenaire vergadering.

Een van de vragen was of u in een wettelijk kader zou voorzien om mensen die in de zorg werken, maar niet gevaccineerd zijn, te kunnen sanctioneren en te kunnen ontslaan. U hebt daarop geen antwoord gegeven, maar ik twijfel er niet aan dat dit door de tijdsdruk kwam. Vandaar dat ik u die vraag nogmaals stel.

De **voorzitter**: Dit is een actualiteitsdebat. Wenst nog iemand het woord? (Nee)

02.05 Frank Vandenbroucke, ministre: Monsieur le président, chers collègues, le gouvernement fédéral a, en effet, commandé une étude au Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) pour connaître le taux de vaccination des employés de chaque établissement de soins. La mesure apportée par le KCE donne un aperçu de la couverture vaccinale dans tous les établissements de soins de santé belges employant plus de vingt personnes. L'approche du KCE permet une estimation par établissement de soins pseudonymisée, toutes catégories professionnelles confondues, mais elle ne permet pas la distinction entre personnel soignant et non soignant. Par ailleurs, l'analyse se limite au personnel salarié, ce qui exclut notamment les soignants travaillant avec un statut indépendant, par exemple les médecins travaillant dans des hôpitaux non universitaires qui sont généralement des indépendants. Le KCE n'est pas en mesure d'identifier les institutions de façon nominale.

La publication de cette étude a eu lieu ce mercredi 29 septembre 2021 et les analyses découlent directement du premier croisement des bases de données DmfA de l'ONSS d'une part et de Vaccinnet+ d'autre part. Cette analyse est complémentaire de celle des entités fédérées pour une sélection d'établissements ayant participé sur une base volontaire à ce niveau-là. Dans la foulée de la publication du KCE, le Vlaams Instituut voor Kwaliteit van Zorg (VIKZ) a publié ses premiers résultats sur plus de 500 établissements de soins flamands volontaires pour participer à cette évaluation sur le site www.zorgkwaliteit.be.

Du côté wallon et bruxellois, la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) avait été désignée pour assurer la même analyse que le VIKZ. Toutefois, début septembre, le conseil d'administration de la PAQS ne s'est pas prononcé en faveur de l'implication de la PAQS dans cette évaluation. Alors que tout l'été avait été mis à profit pour développer la méthodologie des mesures de cet indicateur de qualité pour informer et sensibiliser les établissements de soins en Flandre et recueillir leurs intentions de participer à cette mesure, aucune démarche semblable n'a pu être menée en parallèle pour les établissements wallons et bruxellois. Je le regrette. L'AViQ et la COCOM ont donc repris le flambeau et ont adressé la demande à leur *data protection officer*.

Alors que chaque entité fédérée a obtenu l'accès aux données des établissements de soins, il n'y a toutefois pas encore de consensus sur la publication des résultats de couverture vaccinale des établissements de soins sur une base volontaire.

Néanmoins, les données sur la couverture vaccinale par établissement de santé basées sur les données DmfA de l'ONSS – sans distinction entre soignants et non-soignant, et reprenant uniquement les salariés – ont été mises à leur disposition pour publication.

Il est à noter que le gouvernement a mis au point un système permettant à tout médecin du travail de prendre connaissance de la couverture vaccinale des entreprises comptant au moins 50 travailleurs, dont font aussi partie les établissements de santé. L'objectif est d'encourager davantage les travailleurs à se faire vacciner dans les entreprises où la couverture vaccinale des travailleurs est faible. La connaissance du taux de vaccination permet aussi aux médecins du travail d'appliquer des mesures de prévention dans l'entreprise en cas de flambée des cas d'infection au Covid-19.

Les conditions à remplir pour que cette information soit diffusée ont été fixées par les partenaires sociaux du Conseil supérieur pour la Prévention et la Protection du Travail. Ces conditions sont les suivantes.

Premièrement, des données agréées et anonymisées sur la couverture vaccinale sont fournies via un module spécifique existant ("outil de collectivité") et mises à la disposition du médecin du travail du service de prévention interne ou externe assigné de l'entreprise.

Deuxièmement, pour les entreprises dont la proportion de travailleurs vaccinés est comprise entre 20 et 95 %, les pourcentages exacts sont communiqués.

Troisièmement, les pourcentages ne sont communiqués que pour les entreprises de 50 travailleurs ou plus.

Quatrièmement, l'objectif de la communication de la couverture vaccinale est de sensibiliser en priorité les entreprises dans lesquelles la couverture vaccinale est faible afin de tenter de convaincre les travailleurs non vaccinés de se faire vacciner.

Cinquièmement, sur simple demande de l'employeur, le médecin du travail lui communique le taux de vaccination dans l'entreprise.

Si, après la sensibilisation au sein d'une entreprise, certains travailleurs souhaitent se faire vacciner, l'organisation pratique de cette vaccination doit se faire en concertation avec l'entité fédérée où l'entreprise est située.

Au-delà de ces mesures de communication et de sensibilisation, un projet de loi imposant la vaccination contre le Covid-19 à tous les professionnels de santé exerçant pour un employeur ou indépendants est en préparation. Je vais y revenir.

Pour les questions posées notamment par M. Rigot sur la plus-value et sur ce que le KCE a publié, cela montre quand même pas mal de disparités au sein des trois Régions. Même en Flandre, où la moyenne est plus élevée, il y a quelques établissements avec un taux de vaccination assez limité. En Wallonie et à Bruxelles, l'étude du KCE montre que la dispersion est importante. Cela démontre à mes yeux qu'il y a quand même un rôle joué et à jouer par les directions des établissements de soins. J'ai toujours trouvé un peu facile dans le chef des directions de dire au ministre qu'il faut simplement imposer la vaccination par voie légale! Cela ne tient pas la route. Les directions et les médecins du travail peuvent jouer un rôle dans chaque établissement et doivent le jouer.

Il est donc un peu court de dire que les directions des établissements de soins ne peuvent rien faire et sont incapables de changer les choses et que c'est le ministre qui doit faire le travail. Néanmoins, je fais mon devoir et je vais proposer une législation.

Il y a maintenant des avis. Il y a notamment celui du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, où siègent les représentants des hôpitaux mais aussi des médecins, des infirmiers, des organismes assureurs et des patients. Cet avis a été rendu le 29 septembre et les membres du Conseil fédéral des établissements hospitaliers se prononcent à l'unanimité en faveur d'une vaccination obligatoire qui s'applique au secteur des soins. Les professionnels des soins de santé, les praticiens indépendants ou sous contrat de travail et, par extension, tous les collaborateurs dans les organisations de soins quelles que soient leurs fonctions spécifiques – en contact direct ou non – devraient être soumis à l'obligation de vaccination.

Le Conseil souhaite aussi l'instauration de sanctions et propose, je cite: "Il faudrait envisager les possibilités de licenciement ou de suspension de la collaboration sans salaire, après quoi il pourra être mis fin à la collaboration sans indemnisation".

J'analyse cet avis comme je le fais pour les autres avis rendus, comme celui du Conseil national du Travail (CNT) qui s'est penché sur la question. Le CNT a été divisé sur la problématique des sanctions avec, sur deux bancs différents, les syndicats et les employeurs.

Le Conseil supérieur de la Santé (CSS), le Conseil supérieur du bien-être et de la prévention au travail et le Conseil national de l'Ordre des Médecins ont également émis des avis. Je les développerai en détail.

Ces avis sont importants. Personnellement, je pense qu'il faut légiférer, ce qui signifie rendre la vaccination obligatoire par voie légale pour tous les prestataires de soins. Si elle est devenue obligatoire, une phase de transition peut être prévue, mais en fin de compte, un prestataire de soins non-vacciné ne pourra plus exercer sa profession. C'est la conclusion.

Monsieur Creyelman, vous insistez! Je ne peux, néanmoins, me prononcer maintenant sur la façon de traduire cela dans la législation: il y a la question des sanctions, des licenciements éventuels. Il me semble clair qu'après une période de transition, des prestataires de soins non-vaccinés ne peuvent plus être tolérés dans les institutions de soins, les maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS). La phase de transition ne peut durer indéfiniment.

Au niveau fédéral, je dois initier une nouvelle législation, un nouveau socle de législation pour légiférer. Celle-ci devra se focaliser sur les prestataires de soins tant en ambulatoire qu'en institution, tant sur les salariés que les indépendants.

J'ai fait appel aux autorités des Communautés pour utiliser les cadres législatifs dont elles disposent afin de prévoir un règlement ou une législation qui concernerait aussi le personnel non soignant dans les établissements de soins (le personnel technique, administratif,...)

Il n'y a pas de base ni de point d'ancrage au niveau fédéral pour légiférer sur une obligation vaccinale pour ce personnel non soignant.

À vrai dire, jusque très récemment, les autorités des Communautés m'ont dit qu'elles ne prendraient pas d'initiative en ce sens, ce qui, selon moi, serait malgré tout possible.

Voici quelques jours, j'ai été ravi d'apprendre que le gouvernement flamand avait changé d'avis. C'est bien! Il a dit vouloir apporter un élément et vouloir examiner la possibilité d'une législation qui rendrait la vaccination obligatoire pour le personnel non soignant dans les institutions, ce que je ne peux pas faire. J'espère donc qu'il y aura une approche complémentaire du gouvernement flamand au moins. Je l'espère aussi peut-être des autres Communautés. En tout cas, je ne vais pas attendre. Je veux progresser pour le personnel soignant. J'espère donc, madame Fonck, monsieur Rigot, madame Rohonyi, pouvoir proposer un projet de loi dans les plus brefs délais, mais j'ai évidemment besoin des avis du Conseil d'État, par exemple. Si possible, j'espère pouvoir légiférer avant Noël, sinon aussitôt que possible après Noël, avec une période de transition sans doute. Je n'imagine pas qu'en été, il y ait encore des prestataires de soins actifs non vaccinés. À vrai dire, je ne peux pas l'imaginer.

02.06 Hervé Rigot (PS): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse comme toujours claire et détaillée, avec une analyse du rapport du KCE et un état des lieux de votre projet de loi relatif à la vaccination du personnel soignant.

Pour revenir au rapport du KCE, je partage évidemment votre avis sur le rôle de sensibilisation que doivent jouer les directions d'institutions. Elles doivent le faire puisqu'il n'y a pas d'obligation vaccinale aujourd'hui, et qu'il est nécessaire que chacun et chacune fasse preuve de solidarité.

Quant à l'obligation vaccinale du personnel soignant, je retiens que cette mesure concernera l'ensemble du personnel soignant, qu'il soit indépendant ou salarié. Aucune distinction ne sera faite puisque cette mesure s'appliquera à tous les soignants appelés à travailler dans le réseau hospitalier ou dans les maisons de repos. C'est essentiel car il leur revient d'assurer la protection de toutes celles et ceux, patients ou résidents, qui séjournent dans ces institutions. Il y a un état de nécessité. Le contraire relèverait sans aucun doute de

la non-assistance à personne en danger.

Il faut suppléer à l'absence de volonté. Cela n'est pas choquant. On demande aux agents de sécurité d'avoir une agrégation du ministère de l'Intérieur. On demande aux chauffeurs de poids lourds de passer par une sélection médicale. Dans ces deux cas comme dans tant d'autres, il s'agit de démontrer sa compétence, mais aussi de garantir la sécurité des tiers. Pour les chauffeurs de poids lourds, la sélection médicale offre la garantie qu'ils sont en état de conduire leur véhicule et, dès lors, de ne pas se mettre en danger, ni de mettre en danger les autres. La mesure que vous allez mettre en œuvre est donc proportionnée au regard de l'objectif visant à sauver des vies et à éviter une nouvelle vague.

J'espère qu'il y aura également des avancées au niveau du personnel non soignant puisque l'objectif est de protéger des vies et de sortir, enfin, de cette crise du covid. Mais, comme vous l'avez dit, cela ne dépend pas de vous.

De **voorzitter**: Mevrouw Depoorter, u hebt uw vraag niet kunnen stellen, maar u kunt repliceren als u wenst.

02.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, ik zal eerst het antwoord van de minister lezen, want ik heb dat niet gehoord.

02.08 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, u vroeg hoe het zit met het boostervaccin voor het zorgpersoneel.

Ik hoop het advies van de Hoge Gezondheidsraad hierover vrijdag te ontvangen en zaterdagmorgen om 9 uur is er een vergadering van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid. Wij zullen daar het debat voortzetten over de teststrategie, onder meer in het onderwijs, maar wij zullen ook het advies bespreken van de Hoge Gezondheidsraad dat ik dan hopelijk heb ontvangen. Ik hoop dat wij zaterdagmorgen dan ook beslissingen zullen kunnen nemen over de derde prik voor het zorgpersoneel.

02.09 Kathleen Depoorter (N-VA): Dank u, mijnheer de minister.

Ik heb vorige keer al gezegd dat de ongerustheid groot is, dus het is essentieel dat dit wordt uitgewerkt, zodat de zorgverstrekkers in de vierde golf beschermd worden. Ik kijk uit naar de concrete uitwerking zaterdag.

02.10 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, j'entends l'état d'avancement des discussions et des travaux et l'arrivée du projet de loi. Il est effrayant de constater que même sur un tel sujet, après les grandes déclarations matamoresques des neuf ministres de la Santé – donc y compris ceux des entités fédérées –, certaines Communautés bloqueraient en matière d'obligation vaccinale du personnel non soignant.

02.11 Frank Vandenbroucke, ministre: Madame Fonck, excusez-moi de vous interrompre. Ce n'est pas qu'ils bloquent; ils ont demandé que le fédéral prenne des initiatives législatives. Je le regrette car je ne peux pas légiférer sur le personnel non soignant dans les établissements de soins. Je n'ai pas dit qu'ils bloquaient. J'ai dit qu'ils avaient annoncé ne pas vouloir prendre d'initiatives à leur niveau, ce que je regrette un peu mais je ne temporise pas. Le gouvernement flamand a changé d'avis en la matière. Je ne veux pas dénoncer un blocage. Ce n'est pas ce que j'ai dit. C'est peut-être un manque d'initiatives législatives complémentaires.

02.12 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je vous remercie pour ces précisions. Je dois néanmoins en conclure qu'après les déclarations des uns et des autres, une autre manière diplomatique de dire qu'on bloque un dossier ou qu'on ne veut pas avancer ou qu'on ne veut pas prendre ses responsabilités, c'est de renvoyer la patate chaude à un autre niveau de pouvoir. Ce jeu de ping-pong nous a minés – je pèse mes mots –, depuis le début de la gestion de crise du covid; il s'agit du fameux *killing factor* que rappelle à raison la professeure Erika Vlieghe. En l'occurrence, on vit exactement la même chose. J'ose espérer un sursaut des Communautés concernées. J'entends que le gouvernement flamand a changé d'avis. J'espère que les autres en feront de même.

Ceci étant, monsieur le ministre, le projet de loi est prévu pour Noël ou juste après. Puis, il y aura la période de transition, etc. Je pense qu'en attendant, on ne peut pas rester les bras ballants. Il me semble important, tout d'abord, de poursuivre le travail de conviction. On veut renvoyer la patate aux directions des institutions. Celles-ci ne sont pourtant pas les plus à même de convaincre le personnel dans la relation de hiérarchie. Il a

été question des médecins du travail. Ceux-ci sont sous pression; on sait qu'il peut y avoir des milliers de personnes dans une institution et que de très nombreuses consultations ont dû être laissées de côté. N'y a-t-il pas là un travail de synergie à faire pour permettre un travail de conviction réalisé différemment? Je redis combien le médecin généraliste peut, en la matière, convaincre et dissiper les doutes.

Ensuite, que va-t-on faire avec les soignants qui ont contracté le covid-19, qui ont donc une immunité, des anticorps? Comptez-vous leur imposer le vaccin? Ces soignants sont, je pense, ouverts à l'idée d'une injection de vaccin, mais pas nécessairement de deux injections. La littérature scientifique démontre qu'une injection pour les patients qui ont développé la maladie covid permet de booster de manière extrêmement importante leur protection.

J'estime qu'il est nécessaire de prendre en compte la situation de ces soignants, qui ont été fortement touchés par le covid-19, avec un pourcentage beaucoup plus élevé que dans la population générale. Il faut pouvoir en tenir compte et amener la proposition d'une dose unique pour ces soignants. Ils seront alors plus réceptifs à l'idée de se faire vacciner. Ce faisant, nous pourrons, monsieur le ministre, gagner une adhésion supplémentaire à la vaccination au sein des institutions de soins au bénéfice de tous.

02.13 **Sophie Rohonyi** (DéFI): Monsieur le ministre, je vous remercie pour votre réponse et votre détermination.

Je vous ai encore écouté hier à l'issue du Comité de concertation. Vous appelez sans cesse, de manière très légitime, la population qui n'est pas encore vaccinée à le faire. Mais je m'inquiète de la perception de ce message si les personnes qui sont censées les soigner ne sont pas elles-mêmes vaccinées.

J'entends que votre projet de loi est en préparation. Je demeure toutefois inquiète car il faut absolument que ce projet de loi soit prêt avant l'hiver, avant le pic attendu des contaminations et des hospitalisations. On parle quand même d'une décision qui a été prise à l'issue du Comité de concertation du 20 août dernier, voici maintenant plus de deux mois.

Je suis également inquiète en raison des blocages qui émanent de certaines entités fédérées. Cette obligation vaccinale du personnel soignant doit être la même dans tout le pays. On a vu à quel point il était contre-productif d'avoir des décisions différentes d'une Région à l'autre. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle le Comité de concertation d'hier a dû rétropédaler.

Je reconnais que votre tâche n'est pas facile, notamment parce que les syndicats et les employeurs ne sont pas d'accord entre eux, entre autres sur le champ d'application de cette obligation. Mais le bon sens doit l'emporter. À partir du moment où le personnel soignant mais aussi le personnel de nettoyage, de restauration, administratif, etc. respire le même air, il va de soi que l'ensemble du personnel doit pouvoir être vacciné. C'est d'ailleurs la solution retenue en France et celle qui transparaît de l'étude du KCE, qui ne permet pas de distinguer le taux de vaccination selon la fonction spécifique des travailleurs concernés. De même, comme vous l'avez dit, les avis que vous avez reçus jusqu'ici sont unanimes quant à la nécessité de rendre cette vaccination obligatoire, quelle que soit la fonction spécifique.

Vous nous dites que le projet n'est toujours pas prêt aujourd'hui parce que vous attendez l'avis du Conseil d'État. Pour cela, il faut d'abord que votre texte soit prêt!

Dans tous les cas, j'entends que vous retenez la solution d'une période transitoire. Selon moi, c'est indispensable, même si vous ne précisez pas la durée de cette période. Une durée de deux mois nous permettrait de ne pas devoir choisir entre l'obligation et la sensibilisation. On peut très bien faire les deux, le but étant, durant cette période transitoire, de veiller à ne pas aboutir à l'application des sanctions prévues. On sait à quel point ce secteur est confronté aujourd'hui à une importante pénurie de main-d'œuvre.

02.14 **Steven Creyelman** (VB): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord. Ik kan eigenlijk mijn repliek van vorige donderdag grotendeels herhalen.

Er zijn nu al handen te kort in de zorg. Wij zullen nu nog eens initiatieven nemen, waardoor het aantal handen in de zorg nog eens wordt gereduceerd. Wij komen dan ook in een situatie terecht waarin de druk op de zorg alleen maar zal vergroten. Dat is de fameuze vicieuze cirkel, waarover ik het eerder al had.

Ik kan niet de ene dag staan applaudisseren voor de mensen en ze de coronahelden van de pandemie

noemen, om ze dan de andere dag de facto een beroepsverbod op te leggen. Wij moeten ons nog eens herinneren dat zij in de eerste fase van de pandemie nagenoeg onbeschermd het land hebben rechtgehouden.

Voor mij, hoewel ik geen antivaxer maar zelfs een grote voorstander van vaccinatie ben, en voor mijn partij is het ontslaan van mensen in de zorg die niet gevaccineerd zijn, onaanvaardbaar.

Ik heb begrepen dat ontslag uit de zorg wegens niet-vaccinatie er op termijn zit aan te komen, al dan niet na een transitieperiode. Nochtans is, zoals wij allemaal weten, vaccinatie niet verplicht. Zouden wij dus niet beter inzetten op het testen van personeel, zeker nu er bijvoorbeeld heel supersnelle testen aankomen? Ik denk bijvoorbeeld aan de ademtest voor COVID-19, die in de pijplijn zit. Ik denk ook aan de supersnelle PCR-test die eraan komt en aan nog zoveel meer.

Mijnheer de minister, testen samen met nog meer en beter informeren en communiceren, desnoods op individuele basis, is de oplossing, zeker nu, zoals ik al aangaf, er supersnelle testen zitten aan te komen. Tenslotte is de enige waterdichte garantie dat bij wijze van spreken iemand bij de ingang van een zorginstelling of gelijk welk gebouw wordt getest, om na te gaan of iemand al dan niet besmet is. Dat is op termijn een betere oplossing dan mensen ontslaan, omdat zij niet gevaccineerd zijn.

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

03 Samengevoegde vragen van

- **Maggie De Block** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Honorariumdrempels en hartritmestoornissen" (55021287C)
- **Kathleen Depoorter** aan **Frank Vandenbroucke** (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het bezoek aan de spoeddienst bij hartritmestoornissen" (55021418C)

03 Questions jointes de

- **Maggie De Block** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Les freins liés aux honoraires et les troubles du rythme cardiaque" (55021287C)
- **Kathleen Depoorter** à **Frank Vandenbroucke** (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La visite aux urgences en cas d'arythmies cardiaques" (55021418C)

03.01 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, hartritmestoornissen kunnen volgens de richtlijnen van de European Society of Cardiology een primaire oorzaak van syncope zijn. Ritmeproblemen treden vaak acuut op. Het is zeker nodig om dat tijdig en snel te behandelen. Patiënten dienen alert te reageren.

Patiënten die dit al hebben meegemaakt, zijn dan ook geneigd om snel naar de spoedafdeling te gaan. Daar is men immers in staat om de aard van de stoornis onmiddellijk in kaart te brengen met een EKG en desgevallend ook een echografie. Er bestaat ook een rijk therapeutisch arsenaal, van medicatie tot cardioversie en invasieve elektrofysiologische behandeling. Daarvoor moet men eerst het type vaststellen: een bradycardie of een tachycardie zoals atriale fibrillatie, flutter, IART of boezemfladderden of gevaarlijke vormen van ventriculaire tachycardie.

Het honorarium voor de eerste opvang op de spoedafdeling bedraagt 44,05 euro. Hiervan betaalt de patiënt 21,65 euro zelf. Bij een voorkeurregeling betaalt hij 12,03 euro. Als de patiënt een doorverwijsbrief van de huisarts heeft, dan bedraagt het remgeld respectievelijk 4,82 euro en 1,78 euro, uiteraard nadat de ziekteverzekering al eerder tussenkwam voor de huisartsenraadpleging.

Mijnheer de minister, gelet op het feit dat deze mensen meestal zelf naar de spoed gaan en ook niet meteen bij een huisarts terecht kunnen omdat de huisartsen overbelast zijn, is mijn vraag of u het ermee eens bent dat patiënten die zich met hartritmestoornissen op de spoed aanmelden zonder een doorverwijzing van de huisarts, ook de verhoogde terugbetaling zouden moeten krijgen?

Zal het in de toekomst mogelijk zijn om via smartphone-applicaties patiënten te helpen bij het snel signaleren van hartritmestoornissen? Men is daarin ver gevorderd. Op die manier is de doorverwijzing door de huisarts niet meer nodig.

Hoeveel patiënten melden zich aan op de spoeddienst zonder doorverwijzing van de huisarts? Ik denk dat

het er veel zijn.

03.02 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag sluit aan bij die van mevrouw De Block, zeker wat het laatste gedeelte ervan betreft.

Ik wil graag weten wat de verhouding is tussen patiënten met hartritmestoornissen die zich rechtstreeks bij de spoed melden en deze die eerst bij de huisarts op consultatie langsgaan. Is er daar een verschil per gewest? U weet uit onderzoek dat men in Wallonië sneller naar de spoed gaat en in Vlaanderen sneller naar de huisarts. Zet die tendens zich ook op dit vlak verder?

Als de diagnose op de spoed wordt gesteld, wat is dan de visie van uw kabinet? Bent u voorstander van het eventueel gelijkschakelen van de remgelden met die van patiënten die eerst naar de huisarts zijn gegaan?

03.03 Minister Frank Vandenbroucke: Geachte leden, in 2019 waren er 36.956 opnames waarbij een cardioversie of een invasieve ingreep werd geattesteerd. Daarvan volgden 4.908 meteen na een bezoek aan de spoedafdeling. Van deze 4.908 waren er 3.259 met een verwijzing van de huisarts, of 66 %.

Tijdens de 36.956 opnames werden er 46.403 cardioversies of invasieve ingrepen geattesteerd. Het heeft geen zin dat ik de tabel voorlees, maar ze is wel interessant omdat ze wat meer in detail gaat met betrekking tot de cardioversies of elektrofysiologische behandelingen. Daar staan onder andere ook de daarbij betrokken nomenclatuurnummers in. Ik stel voor dat ik de tabel aan het secretariaat overhandig dat ze aan u beiden en aan de hele commissie kan bezorgen. Het zijn cijfers van de laatste drie beschikbare jaren.

Ik kom bij de tweede vraag. Er is inderdaad een verschil in de tussenkomst van de verplichte ziekteverzekering wanneer een patiënt zich op de spoedgevallendienst aanmeldt met of zonder een verwijfsbrief van de huisarts. Deze regelgeving is bedoeld als een financiële stimulans om eerst de huisarts te raadplegen en zo de spoeddiensten te ontlasten van pathologieën die door de huisarts kunnen worden aangepakt.

Er zijn inderdaad een aantal gevallen, zoals sommige hartritmestoornissen, waarin men best onmiddellijk naar de spoed gaat en men dus dit financiële voordeel niet kan genieten. U zou kunnen zeggen dat in die zin de regelgeving niet perfect is, maar de nomenclatuur van geneeskundige verstrekking is van openbare orde en we moeten die strikt handhaven.

De verstrekking- en de toepassingsregels aangaande de nomenclatuur zijn tot stand gekomen in overleg met de representatieve artsenvertegenwoordigers. Ik vind dat toch een belangrijke basis van wetenschappelijke achtergrond en draagvlak. Uitzonderingen kunnen slechts worden ingevoerd door een wijziging van de nomenclatuur, maar daarvoor kan altijd een aanvraag worden ingediend bij de Technisch-medische raad van het RIZIV.

Wat de derde vraag betreft, loopt er momenteel een KCE-studie rond telemonitoring in cardiologie. Deze studie zal eind oktober worden afgerond. Binnen het RIZIV zal dan, mee op basis van deze aanbevelingen, verder worden gewerkt aan de integratie van het gebruik van telemonitoring, met inbegrip van applicaties in de cardiale zorg.

03.04 Maggie De Block (Open Vld): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord en voor de tabel die voor nog meer inzicht zal zorgen.

Ik ken wel iets van nomenclatuur en de manier waarop het RIZIV en de Technisch-medische raad daarmee moeten omgaan, maar het is inderdaad goed om eerst de KCE-studie te bekijken en te zien of wij in geval van hartritmestoornissen niet op een andere manier sneller en adequaat kunnen helpen, zonder dat de patiënt daarvoor veel meer moet betalen.

03.05 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, dank u voor uw antwoord, maar volgens mij zat de gewestelijke opsplitsing niet in uw antwoord. Zit die in de tabellen verweven?

03.06 Minister Frank Vandenbroucke: Neen, de gewestelijke opsplitsing zit niet in de tabellen. U zult mij daarvoor dus een schriftelijke vraag moeten stellen.

03.07 Kathleen Depoorter (N-VA): Dat zal ik doen.

Ik deel wel uw mening dat het belangrijk is dat de huisarts de poortwachter blijft van de hele gezondheidszorg van de patiënt. Misschien moeten wij zoeken naar een oplossing om aan de patiënt tegemoet te kunnen komen. In de praktijk gebeurt het al vaak dat na een telefonische verwijzing nog een brief volgt. Als men sneller naar de spoedafdeling moet op advies van zijn huisarts, is het uiteraard niet de bedoeling dat de patiënt daar financieel moet voor opdraaien. Daar moet misschien eens naar gekeken worden, samen met de vertegenwoordigers van de artsen.

Wat de KCE-studie betreft, die zullen wij wel nog krijgen. Inzake de gewestelijke verschillen zal ik u inderdaad een schriftelijke vraag stellen.

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

04 Samengevoegde vragen van

- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De klacht van vier beroepsverenigingen van psychologen bij de Raad van State" (55021294C)
- Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "Het door psychologen bij de Raad van State ingediende verzoekschrift" (55021738C)

04 Questions jointes de

- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La plainte de quatre associations professionnelles de psychologues auprès du Conseil d'État" (55021294C)
- Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La requête introduite auprès du Conseil d'État par des psychologues" (55021738C)

04.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, ik heb mijn vragen ingediend naar aanleiding van de klacht van een aantal verenigingen van psychologen bij de Raad van State. In een vorige commissievergadering hebben wij het daar al over gehad.

Welke impact zal die klacht hebben? Tegen wanneer zullen patiënten effectief voor 11 euro naar een psycholoog kunnen gaan?

De klacht betekent toch ook dat er een zekere commotie en polarisering zijn ontstaan bij de vertegenwoordigers van de psychologen. In hoeverre kunt u het akkoord vandaag uitvoeren? Kunt u ook garanderen dat het akkoord voldoende gedragen wordt door de beroepsverenigingen en dus door de psychologen zelf?

Een van de knelpunten bij de uitvoering van uw plan inzake geestelijke gezondheidszorg was het aantrekken van voldoende psychologen in de eerste lijn die in de conventie willen stappen. In hoeverre kunt u garanderen dat de psychologen effectief in de conventie zullen stappen?

Meneer de minister, opnieuw duiden een groep psychologen hun ongenoegen over het akkoord dat u deze zomer heeft gesloten rond de eerstelijnspsychologie.

Enkele psychologenverenigingen trekken naar de Raad Van State op basis van het onder druk staan van hun beroepsgeheim.

Mijn vragen voor u:

- 1) *Welke impact heeft deze actie op het door u gesloten akkoord?*
- 2) *In hoeverre schat u de vertraging in van de uitrol van de eerstelijns psychologie?*
- 3) *Tegen wanneer zullen de patiënten voor 11 euro naar de psycholoog kunnen gaan?*
- 4) *Er is toch veel commotie rond dit eerder aangekondigde akkoord. Had u dit kunnen voorkomen? Is er volgens u voldoende evenwicht naar de sector geluisterd?*

04.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mijnheer de voorzitter, mevrouw Depoorter, wat de rol van de beroepsverenigingen betreft, kan ik het volgende zeggen. Wij hebben een transversale overeenkomstencommissie opgericht waarin alle betrokken partners vertegenwoordigd zijn, onder andere de mutualiteiten, de koepelorganisaties, vertegenwoordigers van ervaringsdeskundigen, netwerkcoördinatoren, huisartsen, psychiaters, klinisch orthopedagogen en klinisch psychologen. De klinisch psychologen werden vertegenwoordigd door de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen (VVKP) en de Union Professionnelle des Psychologues Cliniciens Francophones (UPPCF).

Op basis van de gegevens omtrent visa en erkenningen voor klinische psychologie kunnen wij afleiden dat er in België 11.781 klinisch psychologen en 1.413 klinisch orthopedagogen zijn. Daarnaast ontvingen er 2.237 wel al een visum voor klinische psychologie, maar zijn zij nog in afwachting van hun erkenning. Dat cijfer bedraagt 63 voor de klinisch orthopedagogen. Dus niet al deze personen zijn noodzakelijk werkzaam in de klinische sector.

Op basis van deze gegevens en de ledeninformatie van de verschillende beroepsgroepen uit 2017, kunnen we concluderen dat de VVKP, samen met de UPPCF, ongeveer 29 % van alle klinisch psychologen vertegenwoordigt. Daarnaast hebben de Union Professionnelle des Psychologues (UPPsy) en de Beroeps Unie van Psychologen (BUPsy) zowel leden in de klinische sector als in de onderzoeks-, school-, onderwijs-, bedrijfs- of organisatiesector. Ik heb enkele cijfers van de UPPsy: dat is 2,5 % ten opzichte van het totaal aantal klinisch psychologen, wat toch wel een kleinere groep is. Voorts is er de Beroepsvereniging van klinisch psychologen voor praktijken die het spreken centraal stellen (APPELpsy of KLlpsy). Respectievelijk is dat 1,70 % van alle klinisch psychologen. Ten slotte is er de Association des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique (APPPsy): 1,28 % van alle klinisch psychologen.

Zowel de APPELpsy, de KLlpsy, de UPPsy, de BUPsy als de APPPsy zijn naar de Raad van State gestapt. Deze verenigingen samen vertegenwoordigen dus een maximaal percentage van 5,48 % van de klinisch psychologen in België, wat op zich natuurlijk niets wegneemt van hun recht om naar de Raad van State te stappen. Wij luisteren overigens naar de mening van alle mensen, wij kennen de discussie over het functionele bilan, de eerbiediging van het gedeelde beroepsgeheim. Ik ga daar nu niet op in, maar ik denk dat wij daar een zeer gedegen antwoord op hebben gegeven in het overleg.

U vroeg ook enigszins naar de stand van zaken. Momenteel hebben 29 van de 32 netwerken voor geestelijke gezondheidszorg de conventie ondertekend. Alle Vlaamse netwerken hebben ze ondertekend overigens. Die netwerken proberen nu zo snel mogelijk van start te gaan, wat heel wat tijd vraagt. Ik heb maandagnamiddag lang samengezeten in een werkbezoek met het netwerk van de Kempen voor de volwassenen. Gisteren heb ik de hele voormiddag samengezeten met Diletti, het netwerk voor het arrondissement Leuven-Tervuren voor kinderen en jongeren, naar aanleiding van hun tienjarig bestaan. Dat zijn zeer interessante ontmoetingen.

Ik besluit daaruit dat er nog heel wat werk is. De instrumenten liggen er nu wel. Er is, met vertraging helaas, een akkoord tot stand gekomen in het Verzekeringscomité over het individuele model voor de individuele conventionering van de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen bij hun netwerk. Dat model ligt er sinds 15 oktober. De klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen op het terrein kunnen zich nu conventioneren met dat nieuwe model.

Het is ook duidelijk wat het profiel is van de netwerkcoördinator, die alles moet helpen implementeren. De netwerken kunnen nu netwerkcoördinatoren aanwerven. Het facturatiesysteem zal op 10 november volledig op punt staan. Het facturatiesysteem zal met terugwerkende kracht kunnen worden gebruikt vanaf de eerste dag van de maand die volgt op de maand waarin het netwerk de conventie met het RIZIV getekend heeft. Een netwerk dat in augustus getekend heeft, zal dus vanaf 1 september met terugwerkende kracht het nieuwe facturatiemechanisme kunnen gebruiken.

Deze dingen liggen klaar, maar er is natuurlijk nog heel wat werk voor de netwerken om de behoeften van de bevolking die zij bedienen te onderzoeken en in kaart te brengen, en om de prioritaire keuzes te bepalen binnen het budget dat zij krijgen. Ook inzake de types interventies die gefinancierd moeten worden, de samenwerkingsmodellen die goed bekeken moeten worden en allemaal vertrekkend van de behoeften van de bevolking die het netwerk wil bedienen. Daar is nog zeer veel werk aan. Laat dat duidelijk zijn.

Belangrijk is wel dat de klinisch psychologen en klinisch orthopedagogen die reeds in de bestaande conventie geconventioneerd zijn hun werk kunnen voortzetten. Dat betekent natuurlijk dat er een belangrijke transitieperiode is, zeker tot het einde van december.

Er wordt dus hard aan gewerkt. Er is ook veel werk aan. Ik ga ervan uit dat een juridisch dispuut juridisch beantwoord moet worden. Dat zal gebeuren op het niveau van de Raad van State. Ik meen wel dat wij met de grote meerderheid van de klinisch psychologen overlegd hebben toen wij overleg hadden met de VVKP en de Franstalige zusterorganisatie daarvan, de UPPCF.

04.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor uw antwoord.

Net zoals u, doe ik ook veel plaatsbezoeken. Ik was in een centrum in Gent, waar enige bezorgdheid werd geuit rond het voorbereiden van het hele plan of het uitwerken van de conventie voor 1 januari 2022. U haalt de datum van 10 november 2021 aan. Dat is een paar weken voor de start op 1 december 2021. Ook bij de terugwerkende kracht van de facturatie zijn er vragen. In welke mate zal worden tegemoetgekomen aan de patiënt op dat moment? Er is dus nog veel werk.

Voor het juridische dispuut blijft de bezorgdheid hoever daarin zal worden gegaan. U stelt dat alles kan worden uitgewerkt en uitgerold. Dat is ook wat mij in het centrum is verteld, namelijk dat zij alles zullen uitrollen. Kan een en ander echter al dan niet on hold worden gezet door het juridische dispuut? Daarover is er geen duidelijkheid en op die vraag geeft u eigenlijk ook geen duidelijk antwoord.

U gaat ervan uit dat alles zal kunnen worden uitgerold. Uit onze gesprekken met juristen blijkt echter dat zij daar nog niet zo zeker van zijn. Ik hoop dat u gelijk hebt. De patiënten, waarvan al is gezegd dat zij op 1 december 2021 toegang zouden hebben tot de eerstelijnspsycholoog tegen een tarief van 11 euro, wachten immers. Zij zouden beter niet langer hoeven te wachten dan 1 januari 2021. Daarover is er een grote bezorgdheid.

U antwoordt dat het over de overgrote meerderheid van de psychologen gaat. Ik zal straks uw antwoord nog eens bekijken, maar naar wat ik hier procentueel hoor, gaat het toch niet om de overgrote meerderheid van de psychologen. Er zijn er nog altijd niet voldoende aangesloten. Er blijft voor u dus nog heel wat werk aan de winkel om de psychologen te overtuigen in de conventie in te stappen, zodat er voldoende personeel is om de patiënten te helpen zodra alles is uitgerold.

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

05 Question de Catherine Fonck à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La vaccination par les médecins généralistes" (55021304C)

05 Vraag van Catherine Fonck aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De vaccinatie door huisartsen" (55021304C)

05.01 Catherine Fonck (cdH): *"Monsieur le Ministre,*

Dans la lutte contre le Covid-19, nous devons utiliser toutes les « armes » à notre disposition. La vaccination est très importante et doit être combinée avec la limitation de la circulation du virus grâce aux masques, aux gestes barrières, à la ventilation, à la stratégie « tester-tracer-isoler », et au Covid safe ticket dans certaines situations.

Les chiffres de la vaccination ne sont pas satisfaisants. Il faut agir pour améliorer le taux de vaccination parmi la population (et particulièrement auprès des plus de 45 ans) par une information et un accompagnement individuel. De plus, une 3ème dose est désormais recommandée pour les personnes âgées.

Dans le cadre de cette stratégie de vaccination, les médecins généralistes peuvent désormais vacciner au sein de leur cabinet. Mais si cette mesure était nécessaire et devait être mise en place, il n'en demeure pas moins que sur le terrain, au niveau logistique, c'est très compliqué voire impossible...

Dans un communiqué du 27 septembre, l'Absym indique avoir pris connaissance du fait que les médecins généralistes « seront obligés de commander les vaccins dans les centres de vaccinations ou des pharmacies agréées pour la décongélation des fioles et de se déplacer en personne pour en prendre livraison. Cette méthodologie nous semble inadaptée à la pratique de la médecine générale. » « L'ABSyM suggère d'autoriser tous les pharmaciens à se fournir en fioles de vaccins par l'intermédiaire de leur réseau de distribution habituel et de remettre la seringue de vaccin au patient qui le leur aura commandé sur présentation d'une ordonnance de leur médecin. Comme c'est le cas pour n'importe quel autre vaccin. Comme solution alternative, l'ABSyM suggère que les pharmaciens livrent les vaccins aux médecins généralistes dans une glacière par leurs services de livraison habituels, et que le médecin puisse choisir s'il souhaite recevoir des flacons de six doses ou des seringues préparées. Nous sommes convaincus que seule cette procédure permettra une réelle augmentation de la couverture vaccinale chez les patients qui souhaitent que ce soit leur médecin qui les vaccine. »

Monsieur le Ministre,

Quelles mesures allez-vous prendre pour faciliter la vaccination par les médecins généralistes à leur cabinet ?

Vous êtes-vous concertés avec les médecins généralistes à ce sujet ?

Je vous remercie pour votre réponse."

05.02 Frank Vandenbroucke, ministre: Chers collègues, si la possibilité d'une vaccination mobile existe depuis mai 2021, elle a été jusqu'ici réservée aux personnes grabataires, à mobilité réduite ou aux groupes socialement vulnérables et difficilement atteignables qui requièrent une vaccination sur le terrain. Je pense, par exemple, aux sans-abri, aux sans-papiers, aux travailleurs du sexe, etc. Le recours à la vaccination par un médecin généraliste dans son cabinet médical a été envisagé dès la fin de la phase 2 de la vaccination afin d'atteindre les personnes qui, quelle qu'en soit la raison, ne se rendent pas dans un centre de vaccination. La vaccination par les médecins généralistes est effective depuis le mois de juillet à Bruxelles et septembre en Wallonie.

Les phases 1 et 2, pour des raisons évidentes d'efficacité, ont privilégié les centres de vaccination à grande échelle. Dès juin 2021, la *task force* s'est attelée à la préparation des phases suivantes, à savoir la phase 3, la vaccination de type *booster* dont on vient de parler, et une éventuelle phase 4, à savoir une campagne de vaccination classique intégrée sur le long terme au schéma vaccinal des entités fédérées. Un *blueprint* a été rédigé à cette intention. Dans ce document, la *task force* recommande d'utiliser autant que possible les services de santé traditionnels en veillant à garantir la qualité du processus pharmaceutique.

Sept canaux d'administration des vaccins ont été identifiés.

1. Les cabinets de médecine générale et les structures de soins infirmiers à domicile. Compte tenu des contraintes logistiques et du conditionnement des vaccins en flacons multidoses, la *task force* recommande de recourir à la médecine générale et aux services infirmiers lorsqu'ils sont en mesure d'assurer un volume d'administration suffisant, correspondant aux exigences de conservation des différents types de vaccins. Sont ainsi visées les pratiques de groupe de médecine générale et les services de soins infirmiers à domicile.

2. Les pharmacies. Les officines de ville sont aussi considérées et testées comme lieux additionnels de vaccination. Elles combinent les avantages de proximité, de stockage et de manipulation optimale des vaccins. Toutefois, les officines devront répondre à certaines exigences en termes d'espace de stockage et d'infrastructures dédiées à la vaccination, et par rapport au temps de surveillance qui s'ensuit. Une cartographie des officines qui pourraient assurer ce rôle, par entité fédérée, sera à cet égard nécessaire.

3. La médecine du travail est un acteur essentiel lors des campagnes de vaccination annuelle contre la grippe. Les services de médecine du travail sont des acteurs indiqués pour contribuer à la vaccination contre le covid-19.

4. La médecine scolaire pourrait aussi contribuer à la vaccination des plus jeunes, comme c'est déjà le cas pour d'autres types de vaccins. Comme vous l'avez peut-être entendu lors de la session précédente, je les encourage vraiment à jouer ce rôle.

5. La vaccination mobile. La vaccination à domicile de groupes socialement vulnérables et difficilement atteignables et qui requièrent une vaccination sur le terrain (sans-abris, sans-papiers, travailleurs du sexe, etc). Là, la vaccination mobile est organisée.

6. Les collectivités: les lieux d'hébergement et de soins collectifs.

7. Les hôpitaux. Comme ce fut le cas lors de la phase 1B de la campagne de vaccination, les hôpitaux pourraient continuer à vacciner les membres de leur personnel ainsi que les patients hospitalisés pour une longue durée, par exemple des patients dialysés, oncologiques, psychiatriques, gériatriques etc.

Rappelons qu'à ce stade, les vaccins sont toujours distribués en flacons multidoses et nécessitent plusieurs manipulations préalables à l'injection: fractionnement de la livraison, et dilution pour le vaccin Comirnaty. Les contraintes liées à la distribution et au stockage de vaccins et à l'utilisation rapide d'un vaccin disponible rendent complexe leur utilisation à petite échelle.

Si certains médecins généralistes sont heureux de contribuer à la campagne de vaccination auprès de leur patientèle, les *feedbacks* du terrain témoignent des difficultés rencontrées par les médecins généralistes face à la lourdeur du processus. Je songe notamment à la durée de validité courte avant et après décongélation et après perforation du flacon.

Ce sont des aspects logistiques qui rendent le travail plus facile au sein d'un hôpital, par exemple, ou d'un grand centre de vaccination, qu'au niveau du cabinet d'un médecin généraliste. Mais évidemment, ils peuvent jouer leur rôle.

Madame Fonck, je crois que c'est un aperçu quand même assez complet de la situation. Vous savez que le *blueprint* auquel j'ai fait référence est un document public.

05.03 Catherine Fonck (cdH): Monsieur le ministre, je ne vous demandais pas tout cela. Je connais tout cela. J'avais une question précise dans un cadre précis et vous noyez le poisson sans jamais rien répondre. Je vous demandais ce qu'on pouvait faire de manière directe, précise et concrète pour faciliter la possibilité pour les médecins généralistes de vacciner dans leur cabinet. Ils ont une *checklist* avec une procédure de dix, onze étapes hyper lourdes que ce soit sur le plan administratif ou logistique. Ils doivent eux-mêmes se rendre dans les centres de vaccination, ce qui rend la situation plus complexe. Des propositions ont été faites par les médecins généralistes pour permettre aux pharmaciens de directement livrer les fioles de vaccin via leur réseau de distribution habituel et de remettre ces doses aux médecins généralistes. L'idée est d'agir dans le cercle et les réseaux d'organisation actuels connus. C'est une question très précise que je vous posais. Vous n'y répondez pas. Je dois donc en conclure que tout cela est laissé de côté.

J'ai encore eu un appel hier d'un médecin généraliste. Monsieur le ministre, vous n'écoutez pas mais je vais quand même vous le dire! Ce médecin généraliste administrait les troisièmes doses aux plus de 65 ans en résidence. Il s'est retrouvé en fin de journée avec trop de doses. Il a demandé à la COCOM s'il pouvait administrer cette troisième dose, par exemple à des soignants. C'est une évidence. Il va falloir le faire. Refus de la COCOM! On se retrouve là avec des autorités qui préfèrent qu'on jette des doses plutôt que de les administrer alors que cela fait longtemps qu'on attend ce feu vert pour la troisième dose de vaccination chez les soignants. C'est une évidence dans la littérature comme dans de nombreux pays. En Belgique, on a traîné pour décider. Le message qui est donné, c'est: "Tant pis, même s'il y a des doses, vous ne pouvez pas les administrer même en troisième dose pour les soignants!"

Je trouve que rien n'est fait pour faciliter l'administration du vaccin par les médecins généralistes. Depuis le début, on les a largement mis de côté. Ici encore, des choses simples pourraient être faites. Vous n'y répondez même pas et en pratique, sur le terrain, les propositions qui sont faites et qui remontent pourtant jusqu'aux différents ministres sont mises de côté. Je le regrette franchement. Mettez sur ceux qui peuvent encore lever les doutes des patients et singulièrement les médecins généralistes qui occupent là une position clé et majeure!

Je vous remercie.

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

De **voorzitter**: Vraag nr. 55021316C van de heer Creyelman wordt omgezet in een schriftelijke vraag.

06 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De terugbetaling van Xeljanz" (55021329C)

06 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "Le remboursement du Xeljanz" (55021329C)

06.01 Kathleen Depoorter (N-VA): *Mijnheer de voorzitter, mijnheer de minister, Xeljanz (Tofacitinib) wordt voorgeschreven voor de behandeling van colitis ulcerosa en reumatoïde artritis bijvoorbeeld wordt terugbetaald op voorschrift en mits attest.*

Het probleem stelt zich dat voor Xeljanz® de attesten verschillend kunnen zijn voor een andere verpakkingsgrootte of een andere dosis. Bovendien worden sommige verpakkingen enkel vergoed indien voorgeschreven door welbepaalde specialisten.

*Xeljanz 5mg x 56 co. Xeljanz Abacus 5mg x 56 co Xeljanz 5mg x 180 co. Xeljanz 5mg x 182 co. Xeljanz 11mg x 28 co. Xeljanz 11mg x 91 co. moeten voorgeschreven worden door een reumatoloog
Xeljanz 10mg x 112 co door een gastro-enteroloog internist
Xeljanz 5mg x 112 co. Xeljanz 10mg x 56 co. Xeljanz 10mg x 112 co hebben GEEN specifieke vereisten qua voorschrijver.
Dit kluwen is bijna niet uitrafelbaar.*

Mijn vragen:

- 1) Bent u op de hoogte van deze toch wel heel ingewikkelde procedure?*
- 2) Welke redenering werd er gevolgd om deze moeilijke werkwijze te volgen en in hoever is de patiënt hierbij gebaat?*
- 3) Voor de zorgverstrekker (zowel arts als apotheker) is de administratieve last op vandaag al zeer groot. In hoeverre valt deze manier van werken onder de plannen om de administratieve last in de zorg te beperken?*

06.02 Minister **Frank Vandenbroucke**: Mevrouw Depoorter, in de afgelopen jaren heeft de firma Pfizer vijf verschillende verpakkingen Xeljanz 5 milligram en twee verschillende verpakkingen van Xeljanz 10 milligram en 11 milligram op de markt gebracht. Xeljanz is aangewezen bij verschillende indicaties en de aangewezen dosering verschilt naargelang de indicatie. Het gaat bovendien om gefaseerde behandelingen, initiële behandelingen en onderhoudsbehandelingen, alle met verschillende doseringen. Daarenboven kan de arts voor bepaalde patiënten bij wie de reactie op de behandeling afneemt tijdens de onderhoudsbehandeling de dosis voor een beperkte duur verhogen.

Rekening houdend met de verschillende indicaties, de dosering die afhankelijk is van de indicatie en de evolutie van de patiënt tijdens de behandeling, was het nodig om de vergoeding voor Xeljanz voor bepaalde indicaties te beperken tot specifieke verpakkingen, qua dosering en verpakkingsgrootte. Zo kan worden gegarandeerd dat die combinatie van verpakking gebruikt wordt die het voordeligst is voor de ziekteverzekering en de patiënt. Door terug te vallen op een andere combinatie dan deze in de vergoedingsmodaliteiten vastgelegd, kan de kost voor de ziekteverzekering voor de patiënt veel hoger uitvallen, zonder enige meerwaarde voor de behandeling en voor de patiënt.

Na navraag bij het RIZIV kan ik u bevestigen dat voor de specialiteit Xeljanz de firma zelf reeds in haar aanvraagdossier voor vergoedbaarheid ingediend bij de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen (CTG) bepaald had om de vergoeding te beperken tot bepaalde verpakkingen in functie van de indicatie en de behandelingsfase. Bovendien is het belangrijk te vermelden dat het op het niveau van het FAGG om een geneesmiddel gaat dat het voorwerp uitmaakt van verhoogde waakzaamheid om snelle identificatie toe te laten van nieuwe informatie met betrekking tot de veiligheid.

Hoewel het een bijzondere oplettendheid vereist van de arts en de apotheker, wat een zekere werkbelasting impliceert, blijft het van essentieel belang dat de behandeling met Xeljanz optimaal wordt beheerd. Het gaat om een vrij complexe behandeling. Mede gezien de gefaseerde behandeling, die een verhoogde waakzaamheid vergt met het oog op de veiligheid, is het ook belangrijk om een zo laag mogelijke kost voor de ziekteverzekering en de patiënt te garanderen.

De herzienings- en wijzigingsprocedures van de vergoedingsvoorwaarden van bepaalde verpakkingen van Xeljanz zijn lopende binnen de CTG. Ik zal de aandacht van de CTG vestigen op mijn wens om waar mogelijk de vergoedingsvoorwaarde voor de specialiteit Xeljanz te vereenvoudigen, rekening houdend met de complexe context en de aangewezen waakzaamheid.

06.03 **Kathleen Depoorter** (N-VA): Mijnheer de minister, ik dank u voor het antwoord, vooral voor het laatste deel. Ik meen dat die aandacht echt wel noodzakelijk is. U had het over het beperken van de kosten voor de ziekteverzekering. Halve verpakkingen of weggegooide verpakkingen kunnen we in het geval van deze dure specialiteiten zeker niet verantwoorden.

Hiermee wordt de werklast voor de apotheker en de arts echt wel verhoogd. U had het tevens over oplettendheid, het medicatieschema moet heel nauwkeurig worden gevolgd. De apotheker kan dat perfect, zonder dat hij moet worden gestraft als hij op een bepaald moment een verkeerde doos bestelt die dan niet wordt terugbetaald. Dat is de realiteit, de arts kan zich vergissen en een verkeerde doos voorschrijven. Dan blijft de apotheker daarmee zitten en moet hij zelf de kosten dragen, zeker als het gaat om een middel dat niet standaard wordt voorgeschreven.

Ik wil toch nog eens met aandrang vragen om, wanneer de terugbetalingschema's van dergelijke medicijnen worden bekeken, in herinnering te houden dat de werklast voor de eerste lijn, namelijk voor de arts, de apotheker en de specialist, al heel hoog is en dat een eenvoudige manier van voorschrijven en terugbetalen de patiënt alleen ten goede kan komen.

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

07 Vraag van Kathleen Depoorter aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De uitbesteding van magistrale bereidingen" (55021330C)

07 Question de Kathleen Depoorter à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "L'externalisation des préparations magistrales" (55021330C)

07.01 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, mijn vraag betreft het uitbesteden van magistrale bereidingen. Er werd een schrijven gestuurd naar de apothekers dat een uitbesteding vastgelegd kan worden in de samenwerkingsovereenkomst. De opdrachtgever blijft verantwoordelijk voor het controleren van de geldigheid van de bereiding, de etikettering en aflevering. De onderaannemer is verantwoordelijk voor het uitvoeren van de bereiding, de keuze van de verpakking, het vaststellen van de bewaringsvoorwaarden en de houdbaarheidsperiode, de kwaliteitscontroles en de kwaliteit van de bereiding. Dit werd begin oktober aan de apothekers meegedeeld. Het betreft een wijziging via koninklijk besluit.

Kunt u mij de motivering van die wijziging geven?

In hoeverre hebt u hierover overlegd met de sector?

Welke voorwaarden worden er gekoppeld aan deze uitbesteding? Wie zal ze bovendien controleren?

07.02 Minister Frank Vandenbroucke: Mevrouw Depoorter, die nieuwe regeling vindt haar oorsprong in de overeenkomst die de vorige minister van Volksgezondheid afsloot met APB en Ophaco op 15 maart 2017. Dat was het zogenaamde meerjarencader voor de patiënt met de officina-apothekers.

Dat meerjarencader van mevrouw De Block bevat volgende passages: "De patiënt heeft recht op magistrale bereidingen van hoogwaardige kwaliteit." Verder staat er: "De mogelijkheid van uitbesteding onder officina-apothekers wordt in de praktijk nauwelijks toegepast. Uitbesteding en specialisatie onder officina-apothekers kunnen nochtans de kwaliteit van de magistrale bereiding verbeteren. Er wordt daarom gewerkt aan een juridisch kader voor de uitbesteding van magistrale bereidingen om dergelijke vorm van specialisatie en samenwerking te faciliteren. Dit kader kan betrekking hebben op afspraken inzake verantwoordelijkheid, kwaliteitseisen, leveringstermijnen enzovoort. Er zal worden opgevolgd of de officina-apothekers van die specialisatiemogelijkheden gebruikmaken en of de kwaliteit van magistrale bereidingen significant verbetert."

Na de ondertekening van dit pact heeft het FAGG de reglementering voor de implementatie van alle elementen daaruit, in de mate dat het FAGG bevoegd is, waaronder de uitbesteding van magistrale bereidingen naar collega-apothekers, uitgewerkt, in nauwe samenwerking met de nationale beroepsverenigingen.

Door de nieuwe reglementering beoogt men de samenwerking tussen lokale apothekers te stimuleren, de verliezen door vervallen farmaceutische grondstoffen in apotheken te beperken, maar in eerste instantie de kwaliteit van de magistrale bereidingen te verbeteren en ook de rechtszekerheid in hoofde van zowel de opdrachtgever als de onderaannemer te garanderen. De inspecteurs van het FAGG zijn bevoegd om inspecties uit te voeren in apotheken in het algemeen.

Door de wettelijke notificatieplicht van de ondernemende apotheken is het FAGG op de hoogte van de kandidaat-ondernemers. Die laatsten zullen aan controles onderworpen worden.

07.03 Kathleen Depoorter (N-VA): Mijnheer de minister, wat mij bezorgd maakt, is de vraag hoe we hiermee omgaan. Ik heb u gevraagd of er bepaalde voorwaarden zijn opgelegd. Die zijn er eigenlijk niet. Ik denk dat het uitbesteden van magistrale bereidingen een goede zaak is voor bereidingen die niet zo vaak voorkomen en effectief aan bepaalde kwaliteitsvereisten moeten voldoen op het vlak van bereidingsruimte en -skills.

Het FAGG heeft onderzoek gedaan naar de kwaliteit van de magistrale bereidingen. Die bereidingen bleken zeer professioneel en kwalitatief gemaakt te worden, maar er blijft wel een bezorgdheid.

Zal het gaan om een zeer commerciële manier van werken en zal de toegankelijkheid voor de patiënt nog steeds even groot zijn? Ik bedoel daarmee dat een magistrale bereiding heel vaak voorgeschreven wordt op maat van de patiënt en met een zekere urgentie. Dan is het jammer dat er geen voorwaarden werden meegenomen over de termijn waarbinnen het magistraal recept beschikbaar moet zijn voor de patiënt. Het kan niet zijn dat we twee à drie dagen moeten wachten vooraleer een magistrale bereiding van de ene locatie naar de andere overgebracht wordt.

Een samenwerking tussen collega-apothekers is zeker een goede zaak. Maar, in hoeverre zullen we beperken dat dit uitgebuit wordt?

L'incident est clos.

Het incident is gesloten.

08 Question de Thierry Warmoes à Frank Vandenbroucke (VPM Affaires sociales et Santé publique) sur "La lettre ouverte sur le lien entre la crise du climat et la santé" (55021341C)

08 Vraag van Thierry Warmoes aan Frank Vandenbroucke (VEM Sociale Zaken en Volksgezondheid) over "De open brief over de link tussen de klimaatcrisis en gezondheid" (55021341C)

08.01 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): Deze vraag, die al van eind september dateert, heb ik opgesteld naar aanleiding van een opmerkelijke en ongewone open brief. Meer dan tweehonderd toonaangevende medische tijdschriften, zoals *The Lancet*, *New England Journal of Medicine* en *East African Medical Journal*, hebben eind september in hun redactionele commentaren de overheden opgeroepen om in actie te komen tegen de klimaatverandering om "de algehele volksgezondheid niet nog meer onnodige schade toe te brengen". Ik lees verder: "Wij, uitgevers van medische tijdschriften over de hele wereld, roepen op tot urgente actie om de globale temperatuurstoename onder de 1,5° C te houden en een halt toe te roepen aan de vernietiging van de natuur en om de gezondheid te beschermen." Die oproep kwam er naar aanleiding van de algemene vergadering van de Verenigde Naties eind september, de COP26-klimaatop in Glasgow volgende week en de biodiversiteitstop in Kunming later dit jaar.

De tijdschriften stellen dat de stijging van de globale temperatuur verantwoordelijk is voor een toename van uitdrogingsverschijnselen, huidaandoeningen, tropische infecties, mentale gezondheidsproblemen, zwangerschapscomplicaties, allergieën, cardiovasculaire problemen, longaandoeningen en sterfte. Ik citeer opnieuw: "De grootste bedreiging voor de volksgezondheid is het voortdurende falen van de wereldleiders om de globale temperatuurstijging onder de 1,5° C te houden en om de natuur te herstellen. Er dienen dringend brede maatschappelijke veranderingen te komen, willen we een eerlijke en gezonde wereld zijn."

Mijnheer de minister, u schrijft in uw beleidsnota in het hoofdstuk 'Health in all policies': "Het waarborgen van het recht op een gezonde leefomgeving zal een belangrijke rol spelen in het zorgbeleid. Het derde operationeel programma van het NEHAP, het Nationaal Actieplan Leefmilieu-Gezondheid, zal worden gefinaliseerd. De samenwerking tussen gezondheidszorg en leefmilieu, met name op het niveau van de GICLG (Gemengde Interministeriële Conferentie voor het Leefmilieu en de Gezondheid), zal in 2021 betrekking hebben op de uitdagingen die de klimaatverandering op ons gezondheidszorgsysteem legt, op middellange en lange termijn."

Mijnheer de minister, bent u op de hoogte, wat ik wel aanneem, van de oproep van de meer dan 200 medische tijdschriften? Wat vindt u van hun gezamenlijke brief?

Welke maatregelen hebt u reeds genomen inzake 'Health in all policies'? Welke maatregelen plant u te nemen rond de uitdagingen van de klimaatcrisis op ons gezondheidszorgsysteem?

Zult u zich als federaal regeringslid uitspreken voor een doortastende aanpak van de klimaatcrisis door ons land?

08.02 Minister Frank Vandenbroucke: Ik ben op de hoogte van het initiatief, dat ik zeer goed vind. Ik ben het ook eens met de oproep. Klimaatverandering zal een ernstige impact hebben op de volksgezondheid en het gezondheidssysteem, ook in België

Met uitvoering van het Nationaal Adaptatieplan 2016-2020 voerden in opdracht van de FOD Volksgezondheid het VITO, Möbius en Sciensano een studie uit naar de gevolgen van klimaatverandering op de gezondheidssector in België. Bijkomend identificeerden ze ook de huidige klimaatrisico's en de risico's op de middellange en de lange termijn voor het gezondheidszorgsysteem. Dat onderzoeksrapport staat online. Daarin zijn aanbevelingen geformuleerd, zowel voor de besluitvormers als voor de gezondheidssector inzake hittegerelateerde gezondheidseffecten, ziekten die worden overgedragen door de vectoren water of voedsel, allergieën en luchtwegaandoeningen, de mentale gezondheid, het personeel en de infrastructuur van de gezondheidszorg, crisis- en risicobeheer, data en communicatie, met een bijzondere aandacht voor de kwetsbare bevolkingsgroepen.

Die aanbevelingen vormen mede een insteek voor de opmaak van een coherente reeks federale adaptatiemaatregelen, zoals beslist door de ministerraad in april 2021 en voor de ontwikkeling van een nieuw nationaal adaptatieplan in de context van de Nationale Klimaatcommissie.

Gezondheidsbeleid kan men niet herleiden tot een curatieve of een preventieve biomedische aanpak. Men moet werkelijk naar alle gezondheidsdeterminanten kijken, dus ook naar de gezondheid van het leefmilieu en planten en dieren in ons land, met inbegrip van de voedselveiligheid.

Mijn administratie heeft in het kader van 'Health in all policies' verschillende initiatieven lopen, onder meer op het gebied van AMR of antimicrobiële resistentie, gezondheidsongelijkheden, preventie en opvolging van infectieziekten, zoönoses inbegrepen, het nationaal actieplan inzake pesticiden, het federaal voedings- en gezondheidsplan, de implementatie van de farm-to-forkstrategie, alsook initiatieven tot het verminderen van verplaatsingen naar gezondheidsinstanties, bijvoorbeeld via teleconsultaties.

We blijven ook een versterkte samenwerking onderhouden met de minister van Leefmilieu, met het oog op de implementatie van het nieuwe Belgische actieplan voor milieugezondheid, dat een kader biedt voor een coherente en gecoördineerde globale aanpak voor de milieugezondheidsacties op alle institutionele niveaus in België.

De wisselwerking tussen gezondheids- en leeftijdszorg, met name op het niveau van de GICLG, zal in 2022 betrekking hebben op onder meer de volgende vijf elementen. Ten eerste gaat het om de ontwikkeling van niet-invasieve biomonitoringsmarkers en methodes in de domeinen luchtvervuiling, radioactiviteit en het gebruik van pesticiden en ggo's.

Ten tweede heeft het betrekking op de gezondheids- en milieugevolgen van invasieve soorten, met name de bestendiging van de controle op exotische muggen. Ten derde is er de uitvoering van een nationaal actieplan inzake hormoonverstorende stoffen en ten vierde de herziening van het crisisbeheer met betrekking tot hittegolven en ozonpieken in het kader van de analyse van het geheel van noodplannen, zoals vastgelegd door de regering. Het vijfde element is de deelname aan de Europese onderzoeksprogramma's met betrekking tot de evaluatie van de gezondheidsgevolgen van chemische stoffen, het HBM4EU en het PARC.

Als regeringslid ben ik natuurlijk echt voorstander van een doortastende aanpak van de klimaatcrisis en ik volg met mijn administratie uiteraard ook hoe wij optimaal de Green Deal van de Europese Commissie kunnen uitvoeren.

08.03 Thierry Warmoes (PVDA-PTB): U vindt het een goed initiatief en deelt de analyse. U bent ook bezig met alle gevolgen van de klimaatverandering voor het gezondheidssysteem, wat uw bevoegdheid is.

Inzake mitigatie – dat is veeleer de bevoegdheid van de ministers Khattabi en Van der Straeten – hinken wij in België wat achterop. Dus ik hoop ook te kunnen rekenen op uw engagement in de regering om de doelstellingen inzake uitstootreductie ambitieuzer te maken. Een ander belangrijk element in de oproep van de tijdschriften, waar ik op wil wijzen, betreft de internationale klimaatfinanciering en de ondersteuning van de landen op de andere continenten die historisch veel minder verantwoordelijk zijn voor de uitstoot, maar nu wel met de zware gevolgen ervan worden geconfronteerd. Daarover zeggen de hoofdcommentatoren duidelijk dat de plannen inzake internationale klimaatfinanciering volstrekt onvoldoende zijn.

Ik hoop dat de Belgische delegatie in Glasgow ambitieus zal zijn. Wij hebben nog altijd geen nationaal plan, maar u bent lid van de regering. Dus ik reken erop dat u daar gemotiveerd werk van maakt.

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

*De openbare commissievergadering wordt gesloten om 12.13 uur.
La réunion publique de commission est levée à 12 h 13.*